



VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA  
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA PODNIKOHOSPODÁŘSKÁ

**Analýza spokojenosti zákazníků se službami v privátní nemocnici**  
Analysis of Customer Satisfaction with Services in Private Hospital

Student:

Bc. Radim Fojtášek

Vedoucí diplomové práce:

doc. Dr. Ing. Pavel Blecharz

Ostrava 2014

## Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Radim Fojtášek**  
Studijní program: N6208 Ekonomika a management  
Studijní obor: 6208T020 Ekonomika podniku  
Specializace: 00 Ekonomika podniku  
Téma: **Analýza spokojenosti zákazníků se službami v privátní nemocnici**  
**Analysis of Customer Satisfaction with Services in Private Hospital**

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
  2. Teoretická východiska pro hodnocení kvality služeb
  3. Charakteristika zdravotnického zařízení
  4. Analýza spokojenosti zákazníka a návrh řešení pro zkvalitnění služeb
  5. Závěr
- Seznam použité literatury  
Seznam zkratk  
Prohlášení o využití výsledků diplomové práce  
Seznam příloh  
Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

- BLECHARZ, Pavel. *Základy moderního řízení kvality*. Praha: Ekopress, 2011. 122 s. ISBN 978-80-86929-75-0.
- FRANZ, Robert et al. *Verbesserung der Servicequalität im Dienstleistungssektor durch die Kundenkontaktpunktanalyse*. Bremen: Europäischer Hochschulverlag, 2011. 120 s. ISBN 978-3-86741-738-9.
- SPEJCHALOVÁ, Dana. *Management kvality*. 4. vyd. Praha: VŠEM, 2011. 211 s. ISBN 978-80-86730-68-4.

Formální náležitosti a rozsah diplomové práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.


Vedoucí diplomové práce: **doc. Dr. Ing. Pavel Blecharz**

Datum zadání: 22.11.2013

Datum odevzdání: 25.04.2014



  
Ing. Josef Kašík, Ph.D.  
vedoucí katedry

  
prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová  
děkanka fakulty

„Rád bych poděkoval panu doc. Dr. Ing. Pavlu Blecharzovi za odborné vedení diplomové práce a za poskytnutí cenných rad. Dále bych chtěl poděkovat zaměstnancům nemocnice za jejich spolupráci při sběru dotazníků. Prohlašuji, že jsem celou práci, včetně všech příloh, vypracoval samostatně.“

V Ostravě dne 24. dubna 2014

  
.....  
Radim Fojtášek

# Obsah

<b>1 Úvod .....</b>	<b>5</b>
<b>2 Teoretická východiska z oblasti kvality služeb .....</b>	<b>6</b>
2.1 Vymezení pojmů souvisejících s kvalitou služeb .....	6
2.1.1 Definice kvality .....	6
2.1.2 Povaha a charakteristika služeb .....	7
2.2 Měření spokojenosti a loajality zákazníků .....	9
2.3 Metodika měření spokojenosti externích zákazníků .....	11
2.3.1 Kdo je zákazníkem .....	11
2.3.2 Požadavky zákazníků a znaků jejich spokojenosti .....	12
2.3.3 Návrh dotazníků pro měření spokojenosti zákazníků .....	16
2.3.4 Stanovení velikosti výběru (vzorkování zákazníků) .....	18
2.3.5 Výběr vhodné metody sběru dat .....	19
2.3.6 Vyhodnocování dat o spokojenosti zákazníků .....	19
2.3.7 Využití výsledků pro procesy neustálého zlepšování .....	23
2.3.8 Omezení procesů měření spokojenosti zákazníka .....	24
<b>3 Charakteristika zdravotnického zařízení .....</b>	<b>25</b>
3.1 Společnost AGEL a.s. ....	25
3.2 Nemocnice ve Valašském Meziříčí .....	25
3.2.1 Seznam ambulancí .....	27
3.2.2 Způsob financování nemocnice .....	30
3.2.3 Konkurence .....	30
3.2.4 Investice v letech 2010 - 2013 .....	31
<b>4 Analýza spokojenosti zákazníka a návrh řešení pro zkvalitnění služeb .....</b>	<b>32</b>
4.1 Přípravná fáze projektu .....	32
4.2 Realizační fáze projektu .....	35

4.3 Charakteristika výběrového vzorku.....	36
4.4 Výsledky výzkumu .....	39
4.4.1 Výsledky z dotazníkového šetření.....	39
4.4.2 Výpočet indexu spokojenosti zákazníka .....	50
4.4.3 Analýza závislosti dvou kategoriálních veličin .....	52
4.5 Návrh řešení pro zkvalitnění služeb ve zdravotnickém zařízení .....	56
4.5.1 Návrhy řešení.....	56
4.5.2 Názor managementu .....	58
<b>5 Závěr .....</b>	<b>59</b>
<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>61</b>
<b>Seznam zkratk.....</b>	<b>64</b>
<b>Prohlášení o využití výsledků diplomové práce</b>	
<b>Seznam příloh</b>	
<b>Přílohy</b>	

# 1 Úvod

V dnešní době, kdy stále díky ekonomické situaci je těžké obstát v tržním světě, je opravdu nutné, aby podnikatelé zvážili všechna svá rozhodnutí nejméně dvakrát. Klíčem k úspěchu nejsou jen ty nejmodernější technologie a metody, nýbrž také k výsledné spokojenosti zákazníka napomůže kvalita poskytnuté služby, která má pro něj často rozhodující hodnotu.

Aby se management náležitým způsobem dozvěděl, jak moc jsou spokojeni jeho zákazníci po koupi produktu nebo poskytnutí služby, je nutné, aby svůj podnik podrobil sériím testů, účelně analyzoval a přijal vhodná opatření pro nápravu, pokud se jisté nedostatky vyskytnou. Pro tento způsob zjišťování spokojenosti se nejlépe hodí dotazníkové šetření. Odborně vypracovaný dotazník má velký potenciál uspět. Samotná kvalita šetření pak záleží na potřebných zkušenostech, znalostech a na vynaloženém čase.

Cílem této diplomové práce je vypracovat dotazník, vhodně analyzovat sesbíraná data a navrhnout patřičná řešení pro zkvalitnění služeb ve zdravotním zařízení v privátní nemocnici ve Valašském Meziříčí.

Práce je rozdělená na tři části, a to na teoretickou část se zaměřením pozornosti na kvalitu a charakteristiku služeb, měření spokojenosti a loajality zákazníků a komplexní metodiku měření spokojenosti externích zákazníků. V druhé části je charakterizováno zdravotnické zařízení konkrétně Nemocnice Valašské Meziříčí, která je členem skupiny AGEL a.s. V praktické části je zahrnutá analýza spokojenosti zákazníka a návrh řešení pro zkvalitnění služeb včetně rozdělení projektu na jednotlivé fáze, a to na přípravnou a realizační, charakteristika výběrového vzorku a výsledky dotazníkového šetření.

## 2 Teoretická východiska z oblasti kvality služeb

V této kapitole je pozornost zaměřena především na vymezení pojmů spojených kvalitou, povahou a charakteristikou služeb. Dále způsoby měření loajality a spokojenosti zákazníků a v neposlední řadě metodika při vytváření, sběru a vyhodnocování dat na základě dotazníkového šetření.

### 2.1 Vymezení pojmů souvisejících s kvalitou služeb

V následujícím textu bude pozornost zaměřena na dva základní pojmy, a to na kvalitu a službu.

#### 2.1.1 Definice kvality

Podle normy ČSN EN ISO 9000:2001 je kvalita definovaná jako stupeň splnění požadavků souborem inherentních znaků.<sup>1</sup> Za inherentní znaky považujeme například u chleba chuť nebo u auta výkon motoru. Tyto znaky se dělí na kvantitativní, které jsou měřitelné – např. rozměr, objem, obsah, výkon apod. a kvalitativní, které nelze popsat číselnou hodnotou – např. vůně, chuť, příjemné vystupování apod. (Nenadál, 2002).

Mnoho organizací chápe kvalitu spíše jako proces než jako produkt, neboť se jedná o neustále se zlepšující proces, kdy jsou zjištěné výsledky použité pro zvýšení hodnoty současného výrobku či služby. Proto úkolem organizace by mělo být především definovat kvalitu a vytvářet procesy jejího neustálého zlepšování. Řada organizací se však potýká s problémem, že nedokáže správně definovat kvalitu. Důvodem je, že kvalita (respektive kritéria pro danou třídu jakosti) je definována zákazníkem (Doležal, 2012).

Nestačí jen dostát technickým specifikacím. Moderní přístupy k řízení kvality zajišťují implementaci kvality do produktu ve všech fázích. To znamená od zjištění požadavků zákazníka přes návrh výrobku, výrobu, prodej až po servis. Navíc vyžadují vedení takových

---

<sup>1</sup> Norma ČSN EN ISO 9000:2001: Systémy managementu jakosti – Základy, zásady a slovník. Praha, ČSNI. Srpen 2001.



charakteristik a monitorování takových záznamů, které umožní účelné řízení a zlepšování procesů v organizaci (Spejchalová, 2012).

Franz (2011) tvrdí, že kvalita je úkolově orientovaná. Vše co člověk dělá, dělá pro svou fyzickou a psychickou spokojenost, ať už s nebo bez připojení materiálních statků.

### **2.1.2 Povaha a charakteristika služeb**

Podle Kotlera (2007) je definice služby něco jako jakákoli aktivita či výhoda, kterou může jedna strana nabídnout druhé. Je nehmotná a nepřináší vlastnictví. Produkce služby může, ale i nemusí být spojena s fyzickým výrobkem. Aktivita jako je uložení peněžních prostředků do banky, přeprava vlakem nebo autobusem, ostříhání, oprava auta, vyčištění šatů, rada finančního poradce apod. v sobě zahrnují i nákup služby.

Za služby se podle smlouvy o založení EHS pokládají výkony poskytované zpravidla za úplatu, pokud nejsou upraveny ustanoveními o volném pohybu zboží, kapitálu a osob. Služby zahrnují činnosti jak průmyslové povahy, řemeslné činnosti, činnosti obchodní povahy a činnosti v oblasti svobodných povolání.<sup>2</sup>

Dle Vašítkové (2008) při práci na marketingových programech musí firma zohlednit pět základních charakteristik služeb, mezi které patří:

- a. nehmotnost,
- b. neoddělitelnost,
- c. proměnlivost (heterogenita),
- d. pomíjivost (zničitelnost),
- e. absence vlastnictví.

---

<sup>2</sup> SMLOUVA O ZALOŽENÍ EHS. Závěrečný akt – Mezivládní konference o společném trhu a euratomu. Brusel, 1962. 168 s.

## **Nehmotnost**

Nehmotné služby jsou ty, které nelze jednoduše vystavit jako běžné zboží. Člověk si je nemůže prohlédnout, ochutnat, dotknout se jich případně k nim přičichnout nebo si je poslechnout. Před koupí určitého zboží, například televize, se zákazník může blíže seznámit, jaké funkce televizor nabízí, jaké má parametry, barvu apod. U služby je to zcela jiné, například pokud chci ostříhat vlasy, můžu vyslovit maximálně přání, jaké jsou mé představy, nikoliv však si jednotlivé střihy prohlédnout a pak vybrat. Proto při poskytování služby, existuje určitá nejistota, která lze snížit vhodným nalezením kvality služeb (Kotler, 2007). Zákazník se často obává rizika při nákupu služby, snaží se klást důraz na osobní zdroje informací a jako základ pro hodnocení kvality služby používá cenu (Vašítková, 2008).

## **Neoddělitelnost**

Při poskytování služby musí existovat určitý typ zákazníka, u kterého dochází k interakci mezi ním a poskytovatelem. Zákazník vnímá kvalitu služby velice subjektivně v závislosti na řadě vnějších a vnitřních faktorů, které se pak promítnou do jeho hodnocení (Kozel, 2006). Protože je služba poskytovaná a zároveň spotřebovovaná, čelí poskytovatelé jistým problémům při navýšení poptávky. Výrobce zboží může vyprodukovat více, tvořit zásoby v očekávání růstu poptávky apod., avšak u poskytovatele služeb nic takového není možné (Kotler, 2007).

## **Proměnlivost**

Nelze říct, že každá služba má sériový charakter. Snahy pro jakoukoliv standardizaci jsou velice náročné nebo dokonce nereálné (Kozel, 2006). Proměnlivost služeb znamená, že kvalita služby závisí na jednotlivém poskytovateli, který službu poskytuje. Dále kdy, kde a jak ji poskytuje. K uspokojení zákazníka je důležité i chování zaměstnanců v klíčových pozicích. Proto firmy poskytující služby by měly podniknout několik kroků pro zajištění kvality. Tím může být investice do kvalitních postupů pro příjem a zaškolení nových zaměstnanců. Bohužel v mnoha firmách se zaškolení omezuje v zásadě jen na povzbuzujících proslovech (Kotler, 2007).

## **Pomíjivost**

Služby nelze vyrábět do zásoby a proto takové nevyužité a neprodané služby zanikají (Kozel, 2006). V praxi to může vypadat tak, že někteří praktičtí zubaři mohou účtovat pacientům poplatek za zmeškanou schůzku, na kterou se nedostavili nebo dopravní

společnosti typu MHD musí kvůli poptávce ve špičce vlastnit o mnoho víc dopravních prostředků, než kdyby byla poptávka rovnoměrná (Kotler, 2007).

### **Absence vlastnictví**

Vzniká při koupi určitého typu zboží, které v budoucnu poskytuje spotřebiteli službu, kterou může využívat téměř neomezeně, co daný produkt vlastní. Tento typ zboží lze i prodat. Můžou to být například auta, počítače nebo mobily. Kvůli absenci vlastnictví se poskytovatelé služeb musí snažit posilovat identitu značky a spřízněnost se zákazníkem (Kotler, 2007). Stále zde existuje ten fakt, že službu nelze vlastnit do nekonečna (Jakubíková, 2012).

## **2.2 Měření spokojenosti a loajality zákazníků**

Jednou ze základních funkcí každého moderního systému managementu jakosti je maximalizace spokojenosti a loajality zákazníků.

Běžný pojem jako je spokojenost zákazníka, bývá v praxi naprosto mylně interpretován. Při mnohých diskusích s vedoucími pracovníky organizací bylo zjištěno, že vyhodnocují spokojenost svých zákazníků na počtu reklamací. Tato skutečnost vypovídá o stavu nevědomosti. Například nulová reklamační neznamená, že jde o spokojené zákazníky. Mnohé výzkumy totiž prozrazují, že oficiální reklamační jsou pouhým vrcholem ledovce nespokojenosti zákazníků. Z celkového počtu nespokojených zákazníků jsou bohužel jen 4%, kteří si opravdu stěžují. Nenadál (2004, s. 62) uvádí tyto:

1. pohodlnost zákazníků,
2. jejich přílišná slušnost, ohleduplnost a skromnost,
3. krátké záruční lhůty u některých výrobků a služeb,
4. fakt, že výdaje spojené s reklamací jsou někdy i vyšší než cena nového produktu,
5. velká vzdálenost mezi místy koupě nekvalitního výrobku a projevu vady,
6. doba životnosti produktu,
7. věk zákazníka (nejčastěji reklamují zákazníci ve věku 25 až 45 let) apod.

Mnoho nespokojených zákazníků navíc neuplatňuje reklamační oficiálním způsobem, pouze si stěžuje na nízkou úroveň služby. Dodnes se v některých firmách stále neevidují, ani

neřeší a přitom jsou to pro všechny řídicí pracovníky nesmírně cenné informace, se kterými by mohlo vedení systematicky pracovat. Naznačená situace pak vede k tomu, že zákazník svou nespokojenost referuje tou nejpřirozenější cestou a to kolegům a ti si jeho informace málokdy nechají pouze pro sebe. Mnoho autorů hovoří, že se špatné jméno firmy šíří až šestkrát rychleji než jméno dobré.

Z těchto důvodů není možno přijmout tezi o tom, že nulový počet reklamací znamená vysoký počet spokojených zákazníků. K pojmu spokojenosti zákazníka je nutné přistupovat jiným způsobem. Otázkou by mělo být, co si vlastně zákazník kupuje? Koupí si snad někdo např. televizi jen proto, aby měl o jednu věc navíc? Určitě ne, naprostá většina si s televizí kupuje i záruku, že ta mu přinese zábavu, informace, poučení či zažene pocit osamění. Na základě tohoto příkladu můžeme učinit zevšeobecnění. Každý zákazník si nákupem výrobků a služeb chce uspokojit své životní potřeby a řešit určité problémy, tzn., kupuje si hodnotu, pokud možno bez vedlejších negativních efektů či rizik (Nenadál, 2004). Máme-li skutečně porozumět spokojenosti zákazníků a jejímu odrazu v potenciálním zisku podniku, je nutné proniknout do problematiky hlouběji a poznat, jaký podíl zákazníků je zcela spokojených, podstatně spokojených, spíše spokojených, spíše nespokojených, podstatně nespokojených nebo zcela nespokojených. Každá úroveň spokojenosti zákazníků se může různě podepsat na výsledcích podniku (Lošťáková, 2009).

Požadavky zákazníka jsou kombinací jeho vlastních potřeb a očekávání. Na základě těchto rozdílů definuje Nenadál (2004, s. 63, 64) tři základní možnosti spokojenosti:

- 1. potěšení zákazníka, kdy vnímaná realita a poskytnutá hodnota převyšuje jeho původní představy a očekávání;*
- 2. naprostá spokojenost zákazníka, která je daná úplnou shodou mezi potřebami a očekáváními a vnímanou realitou. U zákazníka byly splněny všechny jeho požadavky;*
- 3. limitovaná spokojenost, kdy vnímaná realita není totožná s požadavky zákazníka. Zákazník může být do určité míry spokojený. Bohužel neexistuje spolehlivá odpověď na otázku, kdy se jeho spokojenost mění v nespokojenost, protože do hry vstupují subjektivní a individuální pocity zákazníků.*

Loajalita zákazníka se vytváří pozitivní nerovnováhou výkonu a očekávání. Tzn., projevuje se opakovaným nákupem, cenovou tolerancí, zvyklostním chováním a referencemi jiným zákazníkům (Kozel, 2006).

Franz (2011) tvrdí, že snahou o vysokou kvalitu služeb a spokojenost zákazníků se stala v posledních letech ústředním faktorem konkurenceschopnosti. Tyto dva pojmy se liší od sebe tím, že spokojenost zákazníka je na té nejnižší úrovni, kterými jsou právě jednotlivé transakce, u kterých každý při koupi určitého produktu nebo služby může mít jiný pocit uspokojení, avšak kvalita služeb má charakter globální úrovně.

## **2.3 Metodika měření spokojenosti externích zákazníků**

V rámci profesionálního a systematického zvládnutí měření firmy by se měly realizovat podle Nenadála (2004, s. 67) tyto základní kroky:

1. definovat, kdo je pro firmu zákazníkem,
2. definovat požadavky zákazníků a znaky jejich spokojenosti,
3. návrh a tvorbu dotazníků k měření spokojenosti samotných zákazníků,
4. stanovení velikosti výběru (tzv. vzorkování zákazníků),
5. výběr vhodné metody sběru dat,
6. tvorba postupů pro vyhodnocování dat, včetně postupů kvantifikace míry spokojenosti,
7. využívání výsledků měření spokojenosti jako vstup pro procesy zlepšování.

### **2.3.1 Kdo je zákazníkem**

Pokud budeme vycházet ze základní teze moderního managementu jakosti, tak hovoří o tom, že zákazník je každý, komu odevzdáváme výsledky vlastní práce. Každá organizace má dvě skupiny svých zákazníků, a to interní a externí. Mezi interní zákazníky patří zaměstnanci firmy, mezi externí zákazníky spadají zprostředkovatelé, odběratelé a koneční uživatelé výrobků a služeb. Je nutné, aby si firmy uvědomily velice podstatnou věc a tím je, kdo je pro ně zákazníkem. A tu už nastává problém. Kupříkladu stavební organizace, která

staví cesty, považuje za zákazníka obvykle jenom investora, resp. objednavatele stavby. Na možný počet anonymních motoristů, kteří budou cesty využívat dlouhá léta, však zapomínají.

To a mnoho jiných příkladů znamená, že na samém začátku si musí organizace vyjasnit, u kterých skupin zákazníků bude měření spokojenosti realizovat. Definování zákazníků totiž bude mít vliv nejenom na náklady spojené s tímto měřením spokojenosti, ale i na všechny ostatní aktivity s tímto měřením související. Z napohled banální etapy se tak definování zákazníků stává jednou z hlavních činností uvnitř jakékoliv organizace, bez ohledu na to, jaké druhy produktu dodává (Nenadál, 2004).

### **2.3.2 Požadavky zákazníků a znaků jejich spokojenosti**

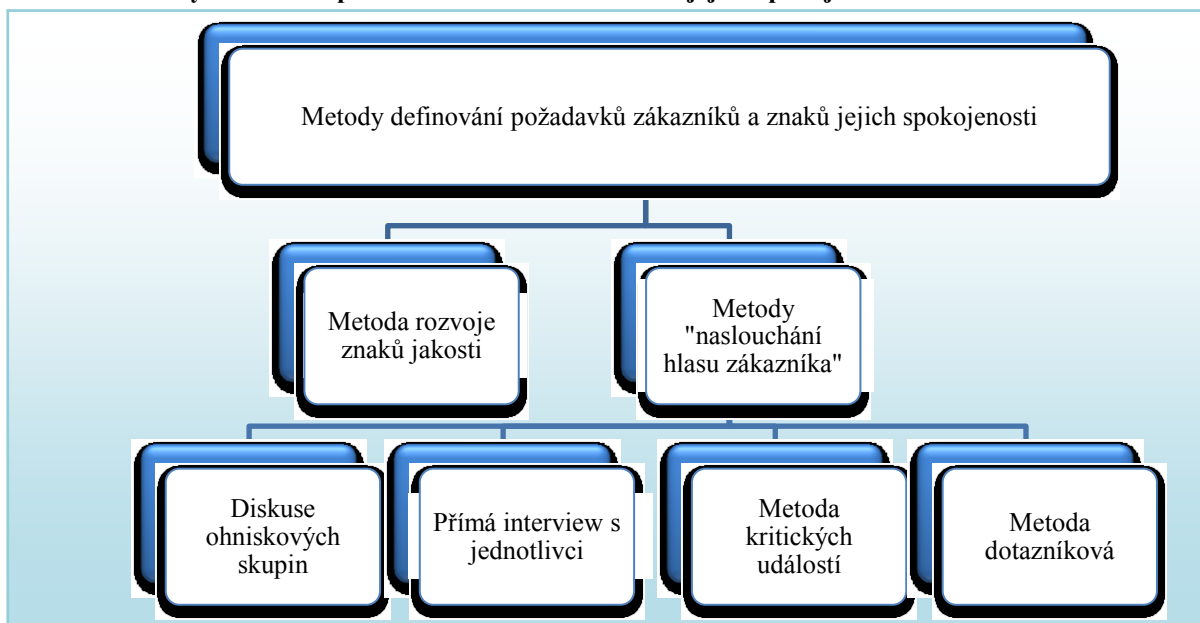
Chceme-li učinit opatření k odstranění nespokojenosti nebo k dalšímu zvýšení spokojenosti, potom je nutné znát konkrétní důvody nespokojenosti nebo k dalšímu zvýšení spokojenosti, pak je nutné znát konkrétní důvody spokojenosti, případně nespokojenosti. Samotná spokojenost je výsledek hodnocení ex post, čili situace, která vznikla po uskutečnění nákupního aktu (Tomek, 2004).

Pojem požadavek zákazníka znamená transformaci hlasu zákazníka do formulací srozumitelných dodavateli, které obsahují potřeby a očekávání. Potřebou je myšlen užitek, jež má být určitým produktem naplněn, očekávání pak požadavkem, který se týká takových charakteristik, jako jsou čas, úplnost, rozptýl, frekvence apod. Odhalování požadavků by mělo být běžným marketingovým procesem, v rámci něhož mohou být požadavky členěny dle různých hledisek. Nenadál (2004, s. 68) rozlišuje tyto:

- z hlediska času na současné a budoucí,
- z hlediska stavu na emociální a racionální,
- z hlediska úrovně primární a sekundární.

Poznání znaků spokojenosti je velice důležité. Navíc jsou to právě znaky spokojenosti, díky kterým je možno souhrn pocitů zákazníků převést do řeči čísel. Pro definování znaků spokojenosti zákazníků lze využít v praxi dvě základní metody (viz obr. 2.1).

**Obr. 2.1: Metody definování požadavků zákazníků a znaků jejich spokojenosti**



**Zdroj:** Kašparovská, 2006, s. 288

- a. Metoda rozvoje znaků jakosti
- b. Metoda naslouchání hlasu zákazníka

Základem metody rozvoje znaků jakosti je to, že aktivními účastníky nejsou reální ani potenciální zákazníci, nýbrž zaměstnanci dané organizace. Po těchto zaměstnancích je požadováno definovat požadavky zákazníků za předpokladu, že se dokážou vžít do role budoucích zákazníků. Metoda vyžaduje zkušeného moderátora, který při vedení skupiny zaměstnanců může použít brainstorming, afinitní diagram, případně jiné metody plánování jakosti (Plura, 2001). Je to metoda, která je nenáročná na zdroje a náklady, rychle aplikovatelná. Nevýhodou může být menší objektivnost než v případě metod naslouchání hlasu zákazníků (Nenadál, 2004).

Právě u této druhé metody je charakteristickým znakem skutečnost, že zde pracujeme se vzorkem současných či potenciálních zákazníků, kde není podstatné, zda jde o zákazníky vlastní či konkurence. V praxi se stává, že organizace nemá vyjasněno, kdo je zákazníkem a nedokáže leckdy dobře transformovat mnohdy i laická vyjádření zákazníků do jazyka techniků. Může se taky stát, že zkoumání proběhla na nereprezentativním vzorku zákazníků nebo mohly být použity nevhodné metody. K přijatelným metodám naslouchání hlasu zákazníků patří:

- diskuse v ohniskových skupinách,
- přímá interview s jednotlivci,
- dotazníková metoda,
- metoda kritických událostí (Kašparovská, 2006).

### **Diskuse v ohniskových skupinách**

Ohniskovou skupinou je myšlena skupina 6 až 12 skutečných případně potenciálních zákazníků. Slovem ohnisková se označuje ze dvou důvodů:

- a. nejčastěji je tvořena zástupci konkrétního segmentu zákazníků (např. aktivních sportovců, důchodců, firem do 50 zaměstnanců apod.),
- b. v diskusi je pozornost věnována pouze úzkému tematickému okruhu otázek, které jednoznačně směřují k odhalení skupiny znaků výrobků a služeb, ovlivňujících jejich spokojenost.

Moderátor by měl účastníky podporovat a motivovat k takové diskusi, kdy účastník může svobodně sdělovat své názory. Může využít předem sestaveného dotazníku, ne však k tomu aby jej účastníci vyplňovali. Délka diskuse by měla být zhruba dvě hodiny dlouhá. Moderátor výsledky zaznamenává. Skupina může používat počítač, flipchart apod. Jelikož při této metodě každý ze skupiny je limitovaný časem, je zapotřebí, aby se věnovali např. tvorbě hrubé představy o souboru požadavků zákazníků a následně podrobněji ostatním podmnožinám požadavků a znaků (Nenadál, 2004). Kašparovská (2006) navíc tvrdí, že vzhledem k tomu, že jde o kvalitativní metodu, tak výsledkem z tzv. focus groups nejsou číselná data, ale informace zákazníků o jejich názorech a postojích.

### **Přímá interview s jednotlivci**

Podle předem vytvořených schémat by tazatel měl klást jednotlivým účastníkům dotazy, aby výsledkem byl pokud možno ucelený seznam požadavků zákazníků. Samotný rozhovor by měl trvat maximálně hodinu. Tazatel může pokládat doplňovací otázky nad rámec dotazníku. Pokud srovnáme tuto metodu s diskusí v ohniskových skupinách, je nutný až dvojnásobný počet interview než u ohniskových diskusí. Zatímco v průměru pět interview odhalí 50% požadavků a znaků, tak 25 interview s jednotlivci odhalí 98% všech požadavků a znaků (Nenadál, 2004).



## **Metoda kritických událostí**

Metoda zachycuje události, jevy, které se vymykají průměru, psaným nebo nepsaným normám na určitém pracovním místě. Hodnotitel zapisuje události, které se mohou něčím vymykat. Samozřejmě, že beze zmínky nezůstávají ani pozitivní události. Při dobrých pozorovacích schopnostech a systematických záznamech se vytváří zajímavé skóre uspokojivých a neuspokojivých položek v chování, které je ideálním podkladovým materiálem pro hodnotící rozhovor (Štěpaník, 2010).

Tato metoda je jednou z nejlepších jak definovat požadavky zákazníků a znaků jejich spokojenosti. Byla vyvinutá Flanaganem již v roce 1954. Jde o konkrétní vyjádření zákazníka, které se vztahuje k pozitivní nebo negativní zkušenosti s využitím daného nebo podobného produktu. Jedná se tedy o vzpomínku, která zákazníkovi vymizela z paměti.

Kupříkladu vyjádření kupujícího v obchodě, který řekne, že „Obsluha mi nebyla schopna pomoci“ není natolik dobře popsanou událostí, protože z ní není zřejmé, jak se vlastně obsluha chovala.

## **Metoda dotazníková**

Tato metoda je méně náročná z časového hlediska jak rozhovor. Při sestavování dotazníků je nutné promyslet a přesně určit, co je hlavním cílem dotazníkového průzkumu. Systematicky a logicky správně připravit konkrétní otázky a před opravdovým šetřením provést pilotáž na menším vzorku zkoumaných osob, která nám pomůže provést poslední úpravy dotazníku. Otázky by měly být anonymní (Kohoutek, 2010).

Smyslem všech popsaných metod je co nejdokonaleji stanovit všechny podstatné požadavky zákazníků a strukturu těch znaků, které přímo ovlivňují pozitivní nebo negativní pocity zákazníků. Ihned jak jsou tyto znaky rozpoznány, musí být stanovena jejich závažnost, k čemuž nejlépe poslouží alokační metoda nebo metoda párového porovnávání. Bez poznání těchto znaků by nebylo možné měřit a monitorovat objektivně spokojenost zákazníků (Nenadál, 2004).

### 2.3.3 Návrh dotazníků pro měření spokojenosti zákazníků

Hlavním cílem k návrhu dotazníku k měření spokojenosti zákazníků je určení otázek pro dotazník a smysluplně jej uspořádat. Cílem definování otázek pro zákazníky je s dostatečnou přesností zajistit analýzu postojů respondentů u předem definovaných znaků spokojenosti. Počet otázek by měl být v dotaznících co nejnižší a jejich formulace musí umožnit následnou kvantifikaci spokojenosti zákazníků (Kašparovská, 2006).

Dotazníky představují nástroj, jak nejlépe docílit principu zpětné vazby. Je využíván nejen u nepřímého kontaktu se zákazníky, ale i jako základní pomůcky tazatelů při metodách přímého styku. Proto je velice nutné věnovat pozornost jejich přípravě. Správný dotazník by měl podle Nenadála (2004, s. 77) zahrnovat tyto kroky:

- definování otázek pro dotazníky,
- volbu vhodného formátu dotazníků,
- popis vstupních informací pro zákazníka,
- definitivní uspořádání dotazníků

#### Definování otázek pro dotazníky

Otázky v dotazníku by měly s dostatečnou přesností umožnit analýzu pocitů zákazníků, spojené s jejich zkušenostmi a s projevy všech předtím definovaných znaků spokojenosti. Počet otázek by měl být co nejnižší, včetně požadavků na jednoznačnost, srozumitelnost a konkrétnost otázek je třeba mít na paměti i to, že forma otázek musí umožňovat následnou kvantifikaci míry spokojenosti zákazníků a celková struktura dotazníků musí odpovídat strukturalizaci dat. Podle Kašparovská (2006, s. 293) by soubor otázek měl obsahovat tyto:

- a. otázky o celkové spokojenosti zákazníků,*
- b. otázky týkající se spokojenosti s jednotlivými znaky, když by mělo být dodrženo pravidlo, že každému definovanému znaku spokojenosti by měla být v dotazníku věnována alespoň jedna otázka,*
- c. otázky týkající se informací o respondentovi.*

## **Volba vhodného formátu dotazníku**

Dalším důležitým krokem s ohledem na požadavky budoucí kvantifikace míry spokojenosti zákazníků se jeví jako použitelné pouze dva formáty:

- formát checklistů,
- formát Likertův.

U formátu checklistů se respondent může setkat s odpověďmi typu „ano“-„ne“, resp. „souhlasím“ - „nesouhlasím“. Výsledkem může být kladná reakce, která je výrazem pozitivního vnímání zákazníka, anebo záporná reakce, která je negativní. Čím je počet pozitivních reakcí vyšší, tím je míra spokojenosti zákazníka vyšší a naopak. Tento formát je velice jednoduchý a umožní jen hrubý odhad spokojenosti zákazníka. Pro exaktnější měření je nevhodný.

Ostatně všude tam, kde je to možné, by měl být použit Likertův formát, kdy respondent má možnost škálového hodnocení. V některých případech vystačí pětistupňová hodnotící škála. Jindy je však nutné aplikovat ještě podrobnější hodnotící stupnice a to až desetistupňovou. Výhodou tohoto formátu je, že dává respondentům možnost variability hodnocení a tazatelské organizaci garantuje vyšší spolehlivost nebo i přesnost v porovnání s prvním formátem (Nenadál, 2004).

## **Popis vstupních informací pro zákazníka**

Podmínkou správnosti odpovědí u respondentů je to, aby věděli, jak postupovat při reakcích na otázky vyplňování dotazníků. Obzvlášť důležité je to u klasické dotazníkové metody. Vstupní informace podle Nenadála (2004) mají několik funkcí:

- ujasnit účel a cíle dotazování,
- podat vyčerpávající a srozumitelný návod k vyplnění dotazníku,
- objasnit, kdo a jakým způsobem bude údaje z dotazníku zpracovávat,
- vysvětlit, co znamená hodnotící škála, pokud byl použit Likertův formát,
- objasnit smysl některých otázek, pokud to z něj přímo nevyplývá,
- nastínit formu motivace respondenta k vyplnění a zaslání dotazníku atd.

## Definitivní uspořádání dotazníku

Podle Kašparovské (2006) by dotazník měl mít tři základní části:

- a. otázky souhrnného charakteru,
- b. otázky zaměřené na hodnocení míry spokojenosti s jednotlivými znaky,
- c. všeobecné otázky segmentace zákazníků.

Celkově můžeme konstatovat, že i když se zdá, že tvorba dotazníků je velice jednoduchá věc, opak je pravdou. Mnoho příkladů z minulosti potvrzuje to, že právě kvůli nevhodné struktuře, přílišnému rozsahu dotazníků, nejasným důvodům dotazování nebo nedostatku vstupních informací může celý projekt spokojenosti zákazníků selhat. Sběrem naprosto neobjektivních údajů se může celé dotazování jakékoliv společnosti vymstít (Nenadál, 2004).

### 2.3.4 Stanovení velikosti výběru (vzorkování zákazníků)

Velikost vzorku představuje, kolika lidí by se dotazování mělo týkat. Čím vyšší počet dotazovaných, tím pochopitelně jsou výsledky spolehlivější. Důležitější než vlastní rozsah je správný postup při konstruování výběrového vzorku. Velikost výběrového vzorku se odvozuje od celkové velikosti zkoumaného souboru. Při konečné velikosti vzorků dochází ke konfrontaci několika odlišných zájmů. Z ekonomického pohledu se sledují náklady, a proto se požaduje mít je co nejnižší a tedy nejlevnější. Výzkumný zájem spojený s eliminací výběrových chyb žádá naopak co největší vzorek. V praxi se tedy můžeme setkat s těmito koncepčně odlišnými přístupy:

- **Nákladový přístup** – velikost vzorku se odvíjí od kalkulace finančních a časových nákladů na zjištění odpovědí od jednoho respondenta. Dopředu určený rozpočet je srovnán s jednotkovými náklady, u kterého se vypočítá, na kolik kontaktů rozpočet vystačí.
- **Slepý odhad** – vychází se subjektivně z dosavadních zkušeností, intuice, tradice. Čím je praxe kratší, tím samozřejmě přesnost a spolehlivost tohoto výběru je kratší.
- **Statistický přístup** – Nejvíce přesný. Velikost vzorku se stanoví podle statistických metod. Rozsah výběru závisí na variabilitě výskytu zkoumaného znaku v základním souboru, koeficientu spolehlivosti a požadované míře přesnosti odhadu (Kozel, 2006).

### 2.3.5 Výběr vhodné metody sběru dat

Při tvorbě metodiky měření spokojenosti zákazníka je nutné si určit, jakou vhodnou metodou se sběr dat z trhu bude provádět. Záleží především na rozsahu výběru respondentů, uvolněných zdrojích vrcholovým vedením, technických možnostech organizace a požadavcích na odezvu zákazníků (Nenadál, 2004). V praxi bývají využívány především tyto metody:

- a. pomocí telefonu,
- b. osobní rozhovory se zákazníky,
- c. pomocí internetu,
- d. pomocí klasické či elektronické pošty,
- e. metodou „pro forma“, kdy zákazníci mohou reagovat na dotazníky při východech, po poskytnutí služby apod.

**Obr. 2.2: Charakteristiky jednotlivých metod sběru dat**

Metoda sběru dat s využitím	Finanční náročnost	Míra návratnosti	Rychlost získání dat
Telefonického dotazování	☹	☺	☺
Klasické pošty	☺	☹	☹
Elektronické pošty	☺	☺	☺
Webové aplikace na internetu	☺	☺	☺
Osobních rozhovorů se zákazníky	☹	☺	☹
„pro forma“ dotazníků	☺	☹	☺

**Zdroj:** Kašparovská, 2006, s. 297

Jakákoliv metoda sběru dat vyžaduje, aby organizace, která chce detailní informace získat, měla dostatečné informace i o zákaznících, včetně emailových adres, telefonních čísel apod. Je nutné garantovat i ochranu všech těchto údajů v databázích (Nenadál, 2004).

### 2.3.6 Vyhodnocování dat o spokojenosti zákazníků

Velice častým problémem managementu je špatné nakládání s informacemi. Obvykle v každé organizaci existuje určité množství dat, se kterými se však systematicky nepracuje, což se v konečném důsledku promítá do kvality rozhodování. V případě měření spokojenosti zákazníků je tomu trochu jinak. Organizace většinou nemají ani tyto informace k dispozici. Je třeba mít na paměti, ať už si organizace zvolí jakýkoliv způsob vyhodnocování dat, že různé znaky spokojenosti mohou mít pro zákazníky rozdílný význam, že nejdůležitější je poznání

trendů ve vývoji míry spokojenosti zákazníků nebo že s výsledky vyhodnocování o míře spokojenosti zákazníků by nemělo být seznamováno pouze vrcholové vedení, avšak všichni zaměstnanci organizace. Nejvíce rozšířenou formou kvantifikace míry spokojenosti zákazníka vede k výpočtu indexu spokojenosti (Nenadál, 2004).

### Index spokojenosti zákazníka

Tato metoda vyhodnocování je postavena na předpokladu, že pro posuzování vnímání zákazníků je využita několikastupňová Likertova škála, u které je nutné stanovit závažnost jednotlivých znaků spokojenosti některou z expertních metod (metoda párového porovnání, alokační metoda aj.). Obecně je index spokojenosti zákazníků formulován následovně:

$$I_{ss} = \frac{I_{sz} + k \cdot I_{sv}}{k + 1}$$

kdy  $I_{ss}$  – *dílčí index spokojenosti zákazníka se znaky služeb,*

$I_{sv}$  – *dílčí index spokojenosti se znaky výrobků,*

$k$  – *konstanta vyjadřující podíl znaků spokojenosti výrobků na celkové spokojenosti zákazníků.*

$$W_1 = \frac{I_1}{M \cdot \sum_{k=1}^{14} I_k} \quad (2.1),$$

$$S_1 * W_1 \quad (2.2).$$

Výhodou tohoto modelu je jednak to, že umožňuje kvantifikaci míry spokojenosti i s jednotlivými znaky spokojenosti, tak i to, že vypočítané indexy může dále statisticky vyhodnocovat např. v závislosti na čase, tedy tak, aby se spolehlivě našly trendy ve vývoji spokojenosti zákazníků. Jedna se o jednu z klíčových informací pro porady vedení organizací (Nenadál, 2001).

Pro vyhodnocování dat je možné využít několik osvědčených metod, které v závěru vykreslují danou skutečnost, nesmírně důležitou pro další kroky, kterými by se měl management zabývat a měl by je řešit. Takovými nejznámějšími nástroji mohou být statistické nástroje, modely a optimalizační postupy.

Pomocí statistických nástrojů lze získat například průměrné, minimální, maximální hodnoty, lze změřit závislost poptávky na ceně nebo výdajích na propagaci. Dále je možné měřit úspěšnost jednotlivých akcí, vyhodnocovat preference návštěvníků vzhledem k produktu nebo i ke konkurenčním produktům. Modelů může být celá řada od modelů testování nových produktů, které zahrnují povědomí zákazníka o produktu na základě marketingových proměnných, preferencí a intenzity zájmu o produkt, přes modely prodejní odezvy, které odrážejí vztah mezi marketingovými proměnnými a velikostí poptávky, modely front pomáhající vypočítat, kolik musí být otevřeno pokladen nebo šaten, až například po modely diskrétní volby určující pravděpodobnost výběru jedné z alternativ, které přicházejí v úvahu. Na základě existence optimalizačních postupů, mezi které patří diferenciální počet a heuristika, ji lze použít pro kvalifikované rozhodování o budoucím směřování z hlediska porovnání užitku a rizika (Johnová, 2008).

### **Odhady parametrů základního souboru**

V praxi se obvykle provádí statistické šetření s cílem zkoumat vlastnosti základního souboru. Obvykle z výběrových dat se provede zevšeobecnující úsudek, který se týká celé populace. Základním úkolem statistické indukce je odhadování neznámých parametrů základního souboru na základě údajů získaných náhodným výběrem z daného základního souboru. Odhadování parametrů základního souboru lze provést dvěma metodami, a to prostřednictvím bodových nebo intervalových odhadů.

#### **a) Střední hodnota**

- bodovým odhadem parametru  $\mu$  základního souboru s Gaussovým normálním ozložením je aritmetický průměr vypočítaný na základě dat výběrového vzorku.

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i \quad (2.3)$$

- intervalovým odhadem spočítáme dolní a horní meze intervalu spolehlivosti  $(m_1, m_2)$ , kde se parametr  $\mu$  základního souboru nachází s určitou pravděpodobností.

#### **b) Rozptyl**

- bodovým odhadem parametru  $\sigma^2$  základního souboru je výběrový rozptyl  $s^2$ , který se vypočítá na základě dat výběrového souboru.

$$s^2 = \frac{1}{n-1} \sum (x_i - \bar{x})^2 \quad (2.4)$$

- intervalovým odhadem se spočítají horní a dolní meze intervalu spolehlivosti, kde se rozptyl základního souboru nachází s určitou zvolenou pravděpodobností.

### c) Medián

- považujeme za střed křivky u souborů s nepravidelným rozdělením. Šířku křivky nelze u takových rozdělení pro její nepravidelnost určovat.

$$R_x = \frac{n+1}{2} \quad (2.5)$$

Jedním z velice přehledných nástrojů pro vyhodnocování statistických dat jsou histogramy, které slouží k analýze spojitých dat tzv. proměnných. Jedná se o sloupcový graf četností. Na ose y se vynáší četnost a na ose x se objevují naměřené hodnoty nebo intervaly naměřených hodnot. Data jsou seskupovaná obvykle do tříd, u kterých sledujeme četnost výskytu v daném intervalu. Vhodný počet intervalů je obvykle 8-12. Podle tvaru histogramu se obvykle dá posoudit, o jaký proces se jedná, zda je stabilní, nebo jestli působí na proces speciální vlivy a je tedy nestabilní. Histogram může být doplněn o další specifikace jako je např. USL a LSL, což je maximální a minimální povolená odchylka od cílové hodnoty (Blecharz, 2011).

### Paretova analýza

Jedná se o specifický druh histogramu, který pomáhá identifikovat a určit priority problémových oblastí. Využívá se zjm. k determinaci efektů nápravných opatření či k analýze odchylek mezi dvěma nebo více metodami. Existují tři druhy této analýzy. Jedná se především o základní Paretovou analýzu, která identifikuje příčiny nejčastějších problémů řízení kvality (80% důsledků je vyvoláno 20% příčin). Druhým typem je komparativní Paretova analýza, která řeší ohniska jakékoliv varianty a posledním typem je vážená Paretova analýza, která poskytuje měření významných faktorů, které se obvykle neprojevují na první pohled (Doležal, 2012). Sestavení diagramu se skládá podle Kupky (2001) ze čtyř doporučených kroků:



- 1) Stanoví se seznam problémových kategorií, formulář pro zaznamenávání dat
- 2) Sběr dat, stanovení procentuálního podílu výskytu příčin defektů
- 3) Sestavení sloupcového grafu, na základě klesajícího procentového zastoupení
- 4) Doplnění čáry kumulativního zastoupení

### **Analýza závislosti dvou kategoriálních veličin**

V praxi často řešíme otázku, do jaké míry závisí nebo podmiňuje změna statistického znaku prvků jednoho výběru změnu statistického znaku prvků druhého výběru, nebo jak těsně na sobě závisí dvojice znaků dvojrozměrného souboru. Jedná se o proniknutí do vztahů mezi sledovanými jevy, a tím přiblížení se k příčinným souvislostem. Tuto problematiku řeší dva dílčí obory statistiky, a to korelační a regresní analýza.

Korelace ve své podstatě vyjadřuje vzájemný vztah mezi dvěma procesy nebo veličinami. Pokud se jedna z nich mění, mění se také i druhá a naopak. Pokud se mezi dvěma procesy ukáže korelace, je pravděpodobné, že na sobě závisejí, nelze z toho však ještě usoudit, že by se podmiňovaly, že by jeden z nich byl příčinou a druhý následkem. To samotná korelace nedovoluje rozhodnout. K tomu nelze použít pouze matematický aparát, ale musíme tuto závislost logicky zdůvodnit.

Pod pojmem regresní analýza rozumíme statistické metody, jež slouží k odhadování hodnoty tzv. závislé veličiny na základě znalosti veličiny nezávislé.

Tedy korelace slouží k analyzování těsnosti (síly) dvou náhodných veličin, zatímco regrese hledá způsob této závislosti a umožňuje předpovědi (UPOL, 2014).

$$G = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n \frac{(n_{ij} - n_{ij}^*)^2}{n_{ij}^*} \quad (2.6)$$

### **2.3.7 Využití výsledků pro procesy neustálého zlepšování**

Výsledky z měření spokojenosti zákazníků musí být vždy na očích všech manažerů. Jakékoliv negativní trendy ve vývoji indexu spokojenosti by měly být chápány jako varování před blízkými ekonomickými problémy a také jako vstupy pro přijímání účinných projektů

zlepšování. Dlouholeté studie prokázaly, že zvyšování míry spokojenosti externích ale i interních zákazníků znamená předpoklad pro zachování jejich loajality a s tím spojené dlouhodobé ekonomické úspěšnosti. Je nutné pochopit procesy monitorování a měření spokojenosti zákazníků za zásadní informační vstupy pro procesy přezkoumávání systému vedením. Tu by mělo být rozhodnuto o tom, kudy budou směřovat zdroje do projektů zlepšování (Nenadál, 2004).

Protože úspěšné prosazení každé vnitřní změny v prostředí organizace potřebuje akvizici podnikové kultury na všech úrovních řízení, je nutné, aby byl koncept procesního řízení a neustálého zlepšování podnikových procesů přijat jako nedílná součást firemní kultury. Podniková kultura a angažovanost podnikového managementu je podstatnou složkou úspěchu každé takové změny (Svozilová, 2011).

### **2.3.8 Omezení procesů měření spokojenosti zákazníka**

Doposud uvedené postupy měření spokojenosti externích zákazníků mají i svá omezení, o kterých v rámci objektivity je nutné se zmínit. Data, která jsou použita k měření míry spokojenosti zákazníků, se vztahují k minulosti. Jakákoliv metodika pro tato měření vyžaduje sběr dat o úrovni vnímání zákazníků. Následně tak mezi reálnými dojmy a zkušenostmi zákazníka a sběrem dat od zákazníků uplyne jistá doba, která může být až v řádech týdnů či měsíců. Dalším problémem může být, že při měření spokojenosti zákazníků se nebere ohled na současnou nabídku konkurence a komplexní vývoj na trhu. V praxi to vypadá tak, že zákazníci vypovídají jen o vnímání našich vlastních produktů. Jiným omezením může být, že získané informace jsou výhradně jen od našich vlastních zákazníků. Vybraný vzorek totiž reprezentuje pouze vlastní zákazníky nikoliv zákazníky konkurence. V tomto případě zde chybí jistý náboj benchmarkingových srovnání a díky tomu se organizace zbavují možnosti získat data i z pohledu druhé strany, tedy názory těch, kteří preferují produkty jiných dodavatelů před těmi našimi. Další skutečností může být fakt, že tradiční pohled na míru spokojenosti zákazníků s produkty vede častěji k realizaci projektů na zlepšení parametrů produktu, tak ke zlepšení výkonnosti procesů výrobce. Přitom by mělo být preferováno zlepšování procesů před zlepšováním produktů (Nenadál, 2004).

### **3 Charakteristika zdravotnického zařízení**

V této kapitole bude pozornost zaměřena především na charakteristiku samotné privátní nemocnice ve Valašském Meziříčí.

V 90. letech v České republice docházelo k zakládání prvních soukromých ordinací a jiných zdravotních zařízení. Do soukromých rukou se přesunula i značná část do té doby státních nemocnic. Jedním z důvodů byla i ta skutečnost, že hospodaření soukromých nemocnic je mnohem efektivnější a dynamičtější než je tomu u těch státních.

#### **3.1 Společnost AGEL a.s.**

Jedním z největších poskytovatelů zdravotní péče ve střední Evropě je společnost AGEL a.s.. V současné době provozuje na území České republiky jedenáct nemocnic a několik dalších zdravotních zařízení. Převážná působnost této společnosti je v oblasti Moravskoslezského a Olomouckého kraje. Každý rok je pak hospitalizováno více než 170 000 pacientů. Od roku 2006 společnost AGEL a.s. rozšířila svou působnost i na Slovensko prostřednictvím dceřiné společnosti, kde provozuje čtyři nemocnice. Tato zdravotnická zařízení se řadí mezi špičku nejen v České republice a na Slovensku, ale také v EU a ve světě. Lékaři a ostatní zdravotnický personál splňuje ty nejvyšší nároky na kvalifikaci ve srovnání s ostatním světem. Zaměstnanci jsou motivováni, vzdělávání a mají i možnost se seberealizovat v rámci systému. Správný chod zdravotnického zařízení je spjat nepochybně i s investicemi. Od roku 2007 bylo proinvestováno 3,5 miliardy korun. V minulém roce 2013 společnost investovala do svých zdravotních zařízení 610 miliónů korun. Z toho právě 100 miliónů bylo uvolněno pro Nemocnici ve Valašském Meziříčí, která se může chlubit například jedním z nejmodernějších operačních sálů v Evropě (AGEL, 2013).

#### **3.2 Nemocnice ve Valašském Meziříčí**

Nemocnice ve Valašském Meziříčí se od roku 2004 stala součástí holdingové skupiny nemocnic sdružených do společnosti AGEL. Tento způsob začlenění napomáhá odborně, ale také organizačně spolupracovat v rámci společnosti, předávat si navzájem zkušenosti, standardizovat poskytovanou péči a její kvalitu napříč všemi nemocnicemi holdingu, zvyšují

se možnosti kooperace, výpomoci nebo třeba koordinovaných a efektivních servisních služeb v rámci technicko-hospodářského zázemí a přístrojové techniky nemocnice. Centralizované řízení nemocnice zvyšuje efektivitu ekonomického provozu a napomáhá racionálnímu hospodaření. V příloze 1 je k dispozici přehledné organizační schéma společnosti Nemocnice Valašské Meziříčí ke dni 31. 12. 2012.

Tato nemocnice je jedním z regionálních zdravotnických zařízení, která poskytuje zdravotní péči svým občanům v medicínských oborech, mezi které hlavně patří porodnictví a úrazová a obecná chirurgie. Budoucí strategií nemocnice je rozšiřovat tyto dva nosné programy směřované na preventivně-diagnostickou zdravotní péči, převážně zaměřenou na seniory v závislosti na stárnutí populace v rámci interních oborů, ale také následné ošetrovatelské a zdravotní péči. Nemocnice si klade za cíl také neustálé posilování preventivní a poradenské aktivity v ambulantní části nemocnice, včetně dalších rozšiřování ambulantních subspecializací. Pozornost bude zaměřena hlavně na rozsáhlé skupiny lidí v rámci prevence civilizačních nemocí. Poradenská činnost by měla být poskytnuta pacientům komplexně v otázkách zdravého životního stylu, včetně zdravého způsobu redukce váhy.

Nemocnice chce poskytovat vysoce kvalitní zdravotní péči, která by byla založena na vstřícném a vnímavém přístupu k pacientovi a také léčbě a taktéž i na odborné erudici a pokrokových léčebných a diagnostických trendech. Nutné je také budovat firemní kulturu založenou na loajalitě a motivaci vlastních zaměstnanců. Nepřežití sledování úrovně zdravotní péče a analýza práce celé nemocnice a komparace s její konkurencí. To souvisí s neustálým celoživotním vzděláváním zdravotníků jak v odborné oblasti, tak i oblasti kvality, která je založena na soustavném vyhodnocování, zpětné vazbě či interní nebo externí auditorské činnosti.

V rámci poskytované kvality péče byl vybudován speciální tým z řad vedoucích pracovníků různých oddělení, ale také i specializovaných odborníků. Cílem pro následující roky je projít akreditační tříleté procesy tak, jak se to podařilo v letech minulých. Těmito akreditacemi se rozumí zjm. HCI, HPH a SAK.

Nemocnice má sedm lékařských odborností, které splňují akreditační odborná kritéria pro školicí činnost. Díky tomu může nabídnout svým lékařům stáže v přípravě na atestaci. V Prostějově sídlí vzdělávací a výzkumný institut AGEL o.p.s., který nabízí pro své

zaměstnance školení v oblastech psychologie, organizace práce, práva ve zdravotnictví apod. Dále pak semináře lékařů a nelékařského personálu, které poskytují možnost odborné edukace a prezentaci vlastních oddělení, které dále pak přispívá k prohlubování mezioborové spolupráce.

### **3.2.1 Seznam ambulancí**

Nemocnice ve Valašském Meziříčí má v současné době čtrnáct ambulancí. V praktické části bude pak pozornost zaměřena jen na některé z nich.

Do sekce chirurgické ambulance patří chirurgická ambulance jako taková, příjmová ambulance, traumatologická poradna, mammologická poradna, cévní poradna, ambulance léčby chronických ran, bariatrická poradna, koloproktologická a onkologická poradna. Pro její vysokou rozmanitost a množstvím ošetřených pacientů během dne bude právě tato ambulance jednou z testovaných. Tato ambulance poskytuje diagnostickou a léčebnou péči. Zaměřuje se například na onemocnění zažívacího traktu, cévní onemocnění, nemoci prsů či chronických ran. Úzce spolupracuje s lůžkovými odděleními, odbornými a praktickými lékaři. Zajišťuje nepřetržitý provoz a spolupracuje s blízkými vybranými pracovišti z okolních nemocnic a klinik.

Interní ambulanci patří příjmová ambulance, která zajišťuje péči o pacienty s interními chorobami a úzce spolupracuje s rychlou lékařskou záchrannou službou. Dále kardiologická ambulance, která poskytuje komplexní péči o pacienty s kardiovaskulárními nemocemi a zajišťuje diagnostickou, konzultační a dispenzarizační péči. Samotná interní ambulance poskytuje ambulantní vyšetření pacientů od praktických lékařů, kontrolní vyšetření po propuštění z lůžkového oddělení, dispenzarizování, předoperační vyšetření či zhotovení EKG záznamu. Pod interní ambulanci také patří echokardiografická laboratoř, která provádí vyšetření pacientů se srdečními chorobami pomocí ultrazvukového přístroje echokardiografu.

Anesteziologická ambulance slouží k optimalizaci přípravy pacientů před operací, která zajišťuje komplexní předoperační vyšetření pacientů před nástupem k hospitalizaci pro operační výkon ve Valašskomeziříčské nemocnici. Cílem předoperačního vyšetření je posouzení celkového zdravotního stavu nemocného, včasné odhalení anesteziologického rizika a v dostatečném časovém odstupu před operací pacienty vhodným způsobem k operaci

připravit a poučít. Ambulantní forma anesteziologické ambulance je preferována v zájmu zkracování čekací a objednáací doby na operace.

Onkologická ambulance ve Valašském Meziříčí v rámci skupiny AGEL úzce spolupracuje s nemocnicí v Novém Jičíně. Své pacienty tam posílá do komplexního onkologického centra. Centrum úzce spolupracuje s laboratořemi AGEL, Mamocentrem v Novém Jičíně a s dalšími zdravotnickými zařízeními v prevenci a péči o onkologicky nemocné pacienty.

Dalším typem je gynekologická ambulance. Ambulance zajišťuje komplexní předporodní péči o těhotné pacientky a rizikově těhotné. Provádí diagnostiku na 3D/4D ultrazvuku a drobné zákroky na zákrokovém sále. Zajišťuje i pohotovostní službu po 15 h odpoledne. Indikační poradnu navštěvují pacientky odeslané gynekologickými ošetřujícími lékaři ke konzultaci k primáři oddělení, ten obvykle dále indikuje další postup týkající se porodů a gynekologických operací.

Urologická ambulance provádí cystoskopii, kalibraci a dilataci uretry, zavádění permanentních katétrů, převazy, urodynamické nebo sonografické vyšetření, uroflowmetrii. Přijetí k hospitalizaci může být nejen plánované, ale také akutní. Svým počtem denních návštěvníků této ambulance patří mezi nejvytíženější ambulance nemocnice.

Ambulance bolesti či ambulance pro léčbu akutní a chronické bolesti zajišťuje převážně infuzní terapii, jak analgetickou, tak vazodilatační. Je nedílnou součástí anesteziologicko-resuscitačního oddělení jako ambulantní složka.

V ambulanci TRN se provádí diagnostika a léčba veškerých plicních onemocnění - bronchiálního astmatu (pomocí léků i infusní terapie, která se podává na ambulanci), chronické obstrukční plicní nemoci, zápalů plic, zánětů průdušek, intersticiální plicní nemoci a diagnostikou nádorů plic, apod. Ambulance provádí kontrolu dechové nedostatečnosti a v indikovaných případech doporučuje pacientům přidělení domácího přístroje na výrobu kyslíku. V takovém případě se pacient může léčit v pohodlí svého domova, aniž by musel navštívit a léčit se v nemocnici. Ambulance se také zabývá eliminací cizích těles z průdušek, u kterých je úspěšnost až 90%, v opačném případě pacienta čeká operace plic.

V Centru redukce hmotnosti a preventivní medicíny se lékaři a internisté snaží napomoci ke zdravému hubnutí a racionálnímu životnímu stylu s cílem prevence civilizačních zejm. kardiovaskulárních a metabolických onemocnění. Tato ambulance se v posledních letech těší veliké oblibě a zájmu občanů, a to nejen z blízkého okolí.

Ambulance pro rehabilitaci zaštiťuje pohybovou kinezioterapii v individuálních cvičebnách a elektroterapii s galvanickou čtyřkomorovou lázní v přízemí a v suterénních prostorech vodoléčebné procedury a rovněž kinezioterapii v individuálních cvičebnách a tělocvičně.

Gastroenterologická ambulance je akreditovaným pracovištěm v rámci specializačního vzdělávání lékařů v oboru gastroenterologie a na základě osvědčení Ministerstva zdravotnictví je centrem pro screening kolorektálního karcinomu. Vyšetření je prováděno pomocí gastroskopie, kolposkopie, ultrazvuku břicha aj.

Sportovní ambulance se zabývá především sportovci, ať už amatérskými nebo na profesionální úrovni, kteří mají zájem o odborná vyšetření zdravotního stavu kardiovaskulárního aparátu včetně funkční výkonnosti a léčby problematiky pohybového ústrojí. Tato ambulance vznikla za spolupráce dvou ambulancí a to kardiologické a rehabilitační.

Ambulance pro odvykání kouření se snaží pomoci pacientům, kteří mají návyky na tabákové výrobky. Pacient na začátku projde podrobným vstupním vyšetřením, včetně měření CO ve vydechovaném vzduchu přístrojem Smokerlyzer. Ambulance zhodnotí rizika a stupeň závislosti na nikotinu a předloží individuální návrh k odvykání kouření.

Urogynekologická ambulance řeší problematiku inkontinence, která je převážně založena na neinvazivních metodách, které zatěžují pacienta zcela minimálně. Na začátku je sestavena anamnéza, pak jsou hledány příčiny, za kterou často stojí nevhodná dieta, léky nebo některá onemocnění. Po té následuje obvykle vyšetření břicha, pánve a konečníku pomocí ultrazvuku.

### **3.2.2 Způsob financování nemocnice**

Financování privátní nemocnice ve Valašském Meziříčí je hrazeno především z peněžních prostředků zdravotních pojišťoven, ale také z plateb pojištěnců. Platby pojištěnců mají stále formu regulačních poplatků a doplatků (s možným koncem platnosti na konci roku 2014), ale také poplatků např. za nadstandardní služby, za výkony, které hradí zdravotní pojišťovna jen zčásti nebo vůbec.

Na základě zákonů ČR pojišťovna hradí buď všechny služby, které poskytla nemocnice svým pacientům, nebo hradí jen do určité výše. Způsoby hrazení mohou být různé (platba za ošetrovací den, kapitačně výkonová platba, bodový systém, paušální platba, financování systémem DRG). V závěru jsou propláceny i léky a prostředky zdravotní techniky.

K 1. 1. 2008 vláda ČR zavedla tzv. regulační poplatky, kterými chtěla částečně kompenzovat finanční výpadek. Tyto poplatky jsou automaticky příjmem zdravotnického zařízení, které jej vybírá podle zákona. Pokud pacient přesáhne na poplatcích limit 5000 Kč, zdravotní pojišťovna pacientovi tento přeplatek vyplatí.

V ČR existuje 9 zdravotních pojišťoven, z nichž má největší podíl Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. S těmito zdravotními pojišťovnami jsou uzavřené smlouvy, pro které vzniká povinnost uhradit zdravotnickému zařízení poskytnutou péči tak, jak to předepisuje zákon.

V neposlední řadě to mohou být hmotné nebo finanční sponzorské dary nejen od fyzických, ale i právnických osob, které častokrát nemálo pomohou zlepšit kvalitu poskytovaných služeb.

### **3.2.3 Konkurence**

V okolí Valašského Meziříčí se nacházejí čtyři velké kliniky, mezi které patří Vsetínská nemocnice a.s., Nemocnice Hranice a.s., Nemocnice Nový Jičín a.s. a Medica



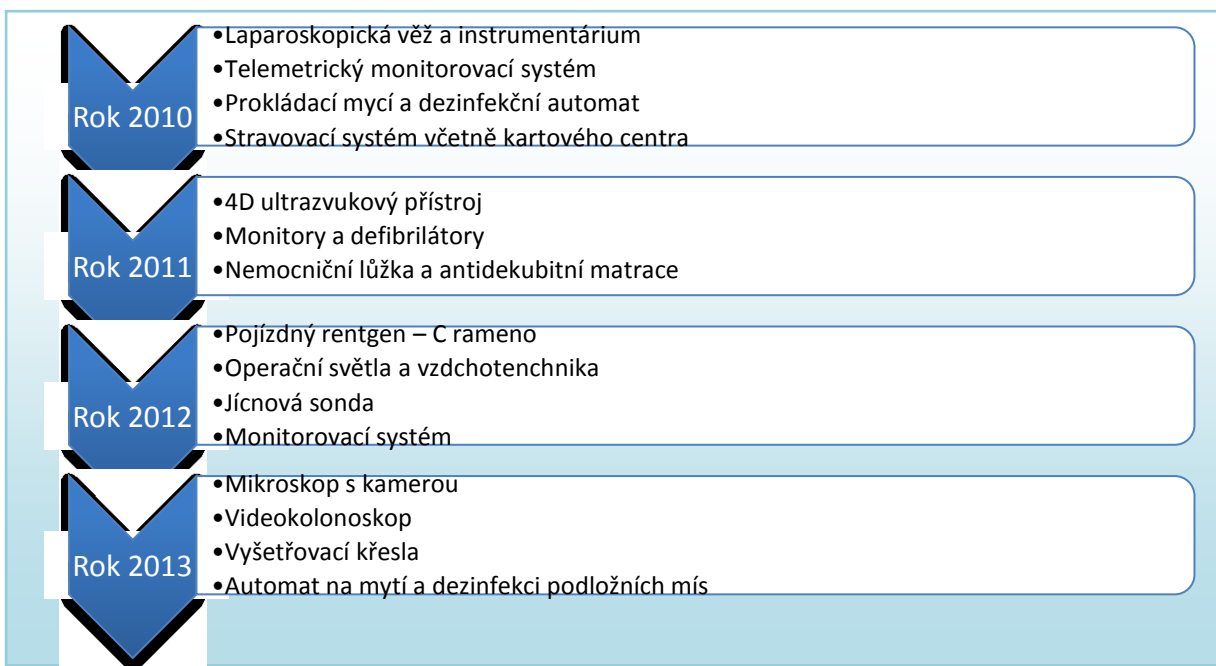
Chirurgica s.r.o.. Neustálý boj o pacienty nutí nemocnice, aby v rámci poskytování služeb se neustále zlepšovaly.

Potenciálním konkurentem mohou být především taková zdravotní zařízení, která nemají doposud velké zázemí a nejsou tak schopna uspokojit velké množství pacientů. V případě, že by některá z těchto konkurentů se rozhodla rozšířit své služby, vedlo by to nepochybně ke snižování pacientů v jiných zdravotních zařízeních. Aby se eliminovala tato možnost, musí Valašskomeziříčská nemocnice neustále investovat do nového zařízení. Potenciálním zákazníkem může být nejenom každý člověk z okolí Valašského Meziříčí, který při vzniku zdravotního problému může vyhledat lékařskou péči, ale také to může být i cizinec, který má vhodné pojištění pro ČR.

### 3.2.4 Investice v letech 2010 - 2013

V rámci neustálého zlepšování je třeba investovat i do zdravotního zařízení a modernizovat jej. Je třeba uvolňovat periodicky určité množství peněžních prostředků a hledat moderní technologii, která zvýší šance na úspěch při léčení pacientů nebo usnadní práci zaměstnancům nemocnice. Za poslední čtyři roky se Nemocnici ve Valašském Meziříčí podařilo realizovat tyto investice (viz obr. 3.1).

**Obr. 3.1: Investice nemocnice ve Valašském Meziříčí**



**Zdroj:** vlastní zpracování

## **4 Analýza spokojenosti zákazníka a návrh řešení pro zkvalitnění služeb**

V této kapitole bude pozornost zaměřena především na přípravnou a realizační fázi projektu. Dále bude nutné sesbíraná data vyhodnotit a podat ucelený návrh řešení pro zkvalitnění služeb a větší spokojenost zákazníka.

### **4.1 Přípravná fáze projektu**

V této fázi je nutné popsat veškeré kroky, které je nutno provést před samotným zahájením sběru dat na příslušných ambulantních odděleních.

#### **Identifikace problému**

Nemocnice ve Valašském Meziříčí má veliké zázemí, díky kterému může vykazovat jistou stabilitu. Je však nutností ji neustále podrobovat různým variantám testů a analýzám, aby se mohlo zjistit, kde jsou slabá místa a jak je eliminovat, kde jsou silná místa a jak je umocnit a jak čelit jistým příležitostem či hrozbám z vnějšího okolí. Dotazníkové šetření v Nemocnici ve Valašském Meziříčí bylo provedeno na počátku roku 2013 a v letošním roce nemocnice neplánuje jakoukoli analýzu. Proto při oslovení manažerky pro marketing a PR a se souhlasem ředitele nemocnice vznikl ucelený návrh dotazníku, který se mohl použít pro zjišťování spokojenosti pacientů v Nemocnici ve Valašském Meziříčí. Měření je nesmírně důležité a to hned ze dvou důvodů. Při pasivním přístupu k dané věci by se mohlo stát, že nemocnice nebude vědět, zda jsou pacienti spokojeni s poskytovanými službami a zázemím a také jestli by se našli jisté nedostatky, kterým by mohla nemocnice včas zabránit a tak předejít snižování preferencí při výběru nemocnice.

#### **Cíl výzkumu**

Cílem tohoto výzkumu je zhodnotit spokojenost pacientů se službami a zázemím v privátní nemocnici ve Valašském Meziříčí. Zjištěná data by měla pomoci lépe pochopit současnou situaci v nemocnici a odpovědět na to, zda tyto služby jsou dostatečné a zároveň představit návrhy a doporučení na zlepšení kvality služeb a celé nemocnice.

## **Zdroje informací**

Při získávání potřebných informací poslouží záznamy z dotazníkového šetření pomocí osobního dotazování na základě strukturovaného dotazníku vytvořeného pro dané účely výzkumu, tedy kde bude použita jedna z metod tzv. naslouchání hlasu zákazníka. Další zdroje informací může být účetní závěrka pro rok 2012, webové stránky, odborné časopisy, které by se týkaly dané problematiky a také některá statistická data nemocnice z minulého roku 2013.

## **Nástroj výzkumu**

Základním nástrojem výzkumu bude dotazník. Po zvážení všech výhod a nevýhod v praxi, byla zvolena metoda „pro forma“, tedy metoda, kdy pacienti budou moci reagovat na dotazníky při odchodu z ambulancí po poskytnutí služby. Výzkum bude proveden na základě strukturovaného dotazníku (viz Příloha č. 2), který byl navržen ve spolupráci s manažerkou kvality za účelem nalezení potřebných informací od respondentů pro všechny typy ambulancí v Nemocnici ve Valašském Meziříčí. Jedná se tedy o dotazník spokojenosti pro ambulantní pacienty pro rok 2014.

Dotazník se skládá ze 13 tematických otázek, které jsou především zaměřeny na poskytované služby zaměstnanců nemocnice, ale taky na kvalitu prostředí ve kterém se pacient nachází. Součástí tohoto dotazníku je i pár základních demografických otázek týkajících se přímo respondenta. Důraz je především kladen na jistou jednoduchost a pochopení otázek. Od respondenta se přímo chce, aby uvedl v jaké ambulanci a kým byl ošetřen. V rámci další otázky chceme zjistit, proč se právě pacient rozhodl pro danou ambulanci. Varianty *d* a *e* jsou zde uvedeny hlavně proto, že nemocnice chce zjistit, jestli masivní kampaň na propagaci kvality služeb ve Valašskomeziříčské nemocnici je dostatečná a zajišťuje dostatečný přísun nových pacientů. Souborem dalších tří otázek se chceme zaměřit na délku čekání pacientů v čekárnách. V další části dotazníku je pozornost zaměřena na hodnocení lékaře souborem pěti charakteristik. To samé je i u zdravotní sestry. Se spokojeností souvisí i příští návrat do téže zdravotního zařízení, proto dalším typem otázek je do jaké míry pacient byl spokojený a jak se jeho spokojenost odrazí na doporučování novým pacientům. V dotazníku je vyhrazen prostor i pro hodnocení čekárny, kde pacient stráví také spoustu času. Důležité je, aby i tato část procesu čekání mu mohla být nějak příjemnější. Dvanáctá otázka nechává i určitý prostor pacientům na jejich vlastní názory na zlepšení. Poslední otázkou jsou základní demografické údaje a to pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a místo bydliště, aby bylo možné zjistit, odkud jezdí pacienti do této nemocnice.

Některé otázky jsou uzavřené. Mají tedy předem definovaný počet variant, ze kterých si může respondent vybrat nebo hodnotí se na číselné stupnici od jedné do pěti, jiné jsou polouzavřené. Posledním typem jsou zcela otevřené, kde se respondent může vyjádřit dle svého vlastního uvážení. V tomto případě bylo využito obou formátů a to jak checklistů, tak i Likertova formátu.

### **Výběr vzorku respondentů**

Základní soubor dotazovaných představují ti pacienti, kteří v minulosti nebo v současnosti navštívili Nemocnici ve Valašském Meziříčí konkrétně některou z ambulančí. Dotazníkové šetření bylo provedeno na urologické, gynekologické, chirurgické, interní, gastroenterologické ambulanci a ambulanci bolesti. Tyto typy ambulančí jsou nejčastěji navštěvovanými ambulancemi nemocnice, a proto bylo nutné i v zájmu managementu se na tyto ambulance zaměřit. Výběrový soubor je stanoven pomocí nereprezentativního výběru na základě techniky vhodné příležitosti. Základním cílem je oslovit více než 200 návštěvníků tohoto zařízení napříč věkovým spektrem. Vzorek respondentů bude mít přibližně stejný počet mužů i žen. V rámci ochrany osobních údajů se v areálu nemocnice nacházejí schránky, do kterých by měl pacient možnost vyplněný dotazník vhodit. Doba dotazování bude trvat od poloviny ledna do poloviny února, a pokud nebude naplněno požadované množství minimálně 200 respondentů, tak se tato doba prodlouží.

### **Pilotáž**

Před samotnou realizací, bude projekt podroben krátkému testu. Tento test spočívá v oslovení dvaceti lidí, u kterého by se mohly objevit případné chyby a nedostatky, které by mohl dotazník obsahovat, a případně je eliminovat. Dotazník podrobený kontrole a opravený o případné nedostatky se může podat k tisku a ke konečnému testování pro účely zjištění spokojenosti pacientů se službami v nemocnici. Toto pilotní dotazování proběhlo 13. ledna v prostorách Valašskomeziříčské nemocnice.

### **Metody analýzy dat**

Výsledky šetření budou vyhodnoceny na základě předem stanovených hypotéz, případně jiných předpokladů v absolutním a procentuálním vyjádření. Nabytá data nejdříve musejí projít pečlivou kontrolou. Posléze budou přepsány do tabulky Excel na základě náležitého kódování. Výsledky budou promítnuty do příslušných grafů a tabulek. Pro

vyhodnocení veškerých dat je nutno pracovat s programy Microsoft Office Word 2007, Microsoft Office Excel 2007.

### Rozpočet pro daný výzkum

Předpokládané náklady budou činit maximálně 1000 Kč. Do této kalkulace jsou zahrnuté náklady spojené s tiskem dotazníků, pohonné hmoty na dopravu z bydliště do Nemocnice ve Valašském Meziříčí. Zbytek peněžních prostředků může být využito jako jistá rezerva pro nečekané události jako například dotisk dodatečných dotazníků apod. (viz tab. 4.1).

**Tab. 4.1 Předpokládaný rozpočet**

Položka	Cena/ks	Počet kusů	Cena celkem
Tisk dotazníků	2,-	320	640,- Kč
Pohonné hmoty			250,- Kč
Rezerva			110,- Kč

**Zdroj:** vlastní zpracování

### Harmonogram činností

V tabulce 4.2 je uvedený časový rozvrh jednotlivých činností, který bude nutno dodržet a v rámci kterého by měl být výzkum postupně připraven, realizován a vyhodnocen.

**Tab. 4.2 Harmonogram činností**

Činnost	Měsíc									
	11/2013	12/2013	1/2014	2/2014	3/2014					
Definování problému	•									
Plán výzkumu		•								
Tvorba dotazníku			•							
Pilotáž				•						
Sběr informací				•						
Zpracování údajů					•					
Analýza údajů						•				
Závěry a doporučení										•

**Zdroj:** Vlastní zpracování

## 4.2 Realizační fáze projektu

V rámci realizační fáze bylo nutné provést sběr potřebných dat, zpracování jednotlivých dotazníků do předem sestavené tabulky, analýzu a srozumitelně interpretovat výsledky.

## **Sběr dat**

Veškerý sběr dat byl zahájen v pondělí 20. ledna 2014 a byl ukončen 17. února 2014, a to vybráním posledních dotazníků z ambulančí a nemocničních informačních schránek. Některé ambulance vykazovaly už během prvních dní vysokou ochotu spolupracovat a neměly problém do jednoho týdne veškerý počet přidělených dotazníků jednotlivým pacientům rozdat. Dotazníky byly rozděleny ve stejném poměru každé ambulanci a to v počtu 50 ks na ambulanci.

## **Zpracování dat**

V některých případech dotazníky nebyly zcela úplné, a proto pokud se tak stalo, byly vyřazeny. Ze 300 rozdaných dotazníků mezi jednotlivé ambulance bylo správně vyplněno 224, což je 74,67% úspěšnost. Výsledná data se zaznamenávala do předem definované tabulky MS Excel 2007 (viz Příloha 3 - Přehled výsledků z dotazníkového šetření).

## **4.3 Charakteristika výběrového vzorku**

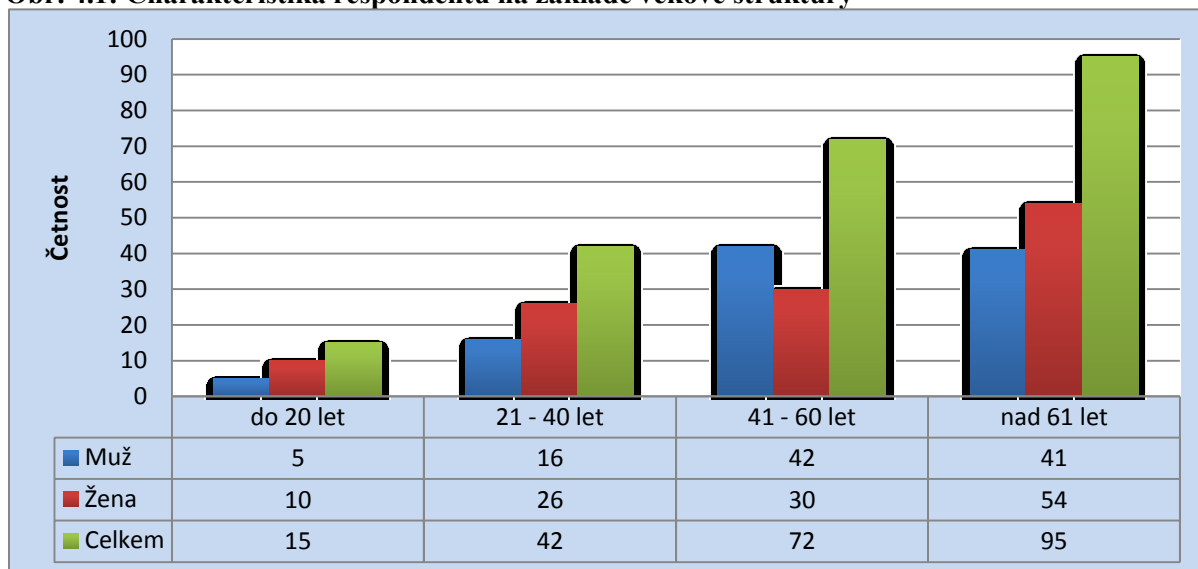
Na základě demografických údajů, které uváděli respondenti do svých dotazníků, bude v následující podkapitole popsána struktura podle pohlaví, věku, nejvyššího možného dosaženého vzdělání a místa bydliště.

Ve výběrovém vzorku je téměř jedna polovina všech dotazovaných ženského pohlaví a to přesně 111 což je 49,55% ze všech dotazovaných. U opačného pohlaví odpovědělo 113 mužů což je 50,45%.

Na obr. 4.1 je graficky kategorizován věk respondentů do čtyř základních skupin. Nejméně dotazovaných bylo ve věku do 20 let. Bylo to pouze 15 lidí z toho 5 mužů (33,33%) a 10 žen (66,66%). Ve skupině v rozmezí 21-40 let odpovědělo 42 lidí z toho pouze 16 mužů (38,1%) a 26 žen (61,9%). Třetí skupina v pořadí oproti předchozím má výrazně více respondentů a to 72. Je to téměř o více než 71% více než v předchozí skupině a o více než 26% než obě dvě předchozí skupiny. Nejvíce odpovědělo lidí ve věku nad 61 let přesně 95 z toho 41 mužů a 54 žen což je 43,16% mužů a 56,84% žen. S pohledem na graf je jasné, že nejvíce odpovídaly skupiny ve věku 41-60 let a nad 61 let. Takový počet respondentů souvisí

jasně s tím, že nejvíce lidí, kteří hledají lékařské ošetření a mají zdravotní problémy, jsou ve věku 41 a výše a měla by jim tudíž být věnována velká pozornost.

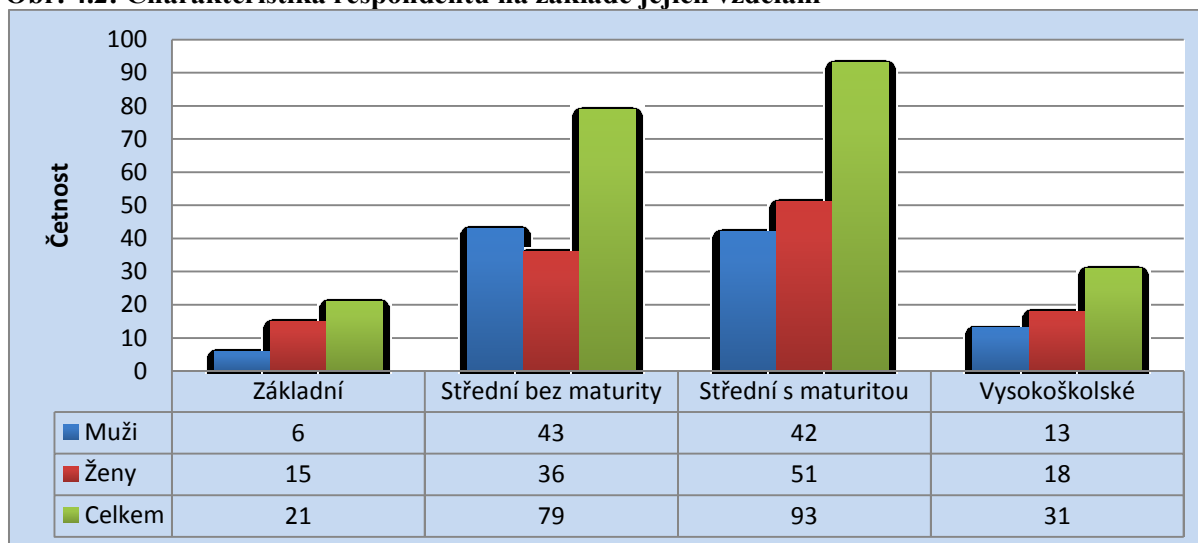
**Obr. 4.1: Charakteristika respondentů na základě věkové struktury**



**Zdroj:** vlastní zpracování

Dalším demografickým kritériem bylo nejvyšší dosažené vzdělání. Na obr. 4.2 je graficky znázorněna vzdělanost respondentů. Nejméně lidí bylo se základním vzděláním a to celkem 21 z toho 6 mužů (28,57%) a 15 žen (71,43%). Střední bez maturity zakřížkovalo celkem 79 lidí z toho 43 je mužů (54,43%) a 36 žen (45,56%). Středoškolské vzdělání s maturitou má 93 respondentů a to 42 mužů (45,16%) a 51 žen (54,84%). Lidí s vysokoškolským vzděláním odpovídělo 31 z toho 13 mužů (41,94%) a 18 žen (58,06%).

**Obr. 4.2: Charakteristika respondentů na základě jejich vzdělání**



**Zdroj:** vlastní zpracování

Pokud budeme vycházet z celkového počtu respondentů, kteří vyplnili dotazník, a srovnáme jej s údaji z Českého statistického úřadu pro 4. čtvrtletí 2011, můžeme konstatovat, že respondentů se základním vzděláním (viz tab. 4.3) nám odpovídalo 9%, tj. o 7 % méně, jak udává ČSÚ. Procento lidí se středoškolským vzděláním bez maturity se shoduje (35 %). Středoškolsky vzdělaných odpovídalo ve valašskomeziříčské nemocnici o 8 % více, než udává ČSÚ. Velice nepatrně se od sebe liší počet vysokoškolsky vzdělaných, a to jen o jedno procento. Můžeme tedy říci, že jde o téměř reprezentativní vzorek, se kterým se může dále pracovat.

**Tab. 4.3: Vzdělanostní struktura populace**

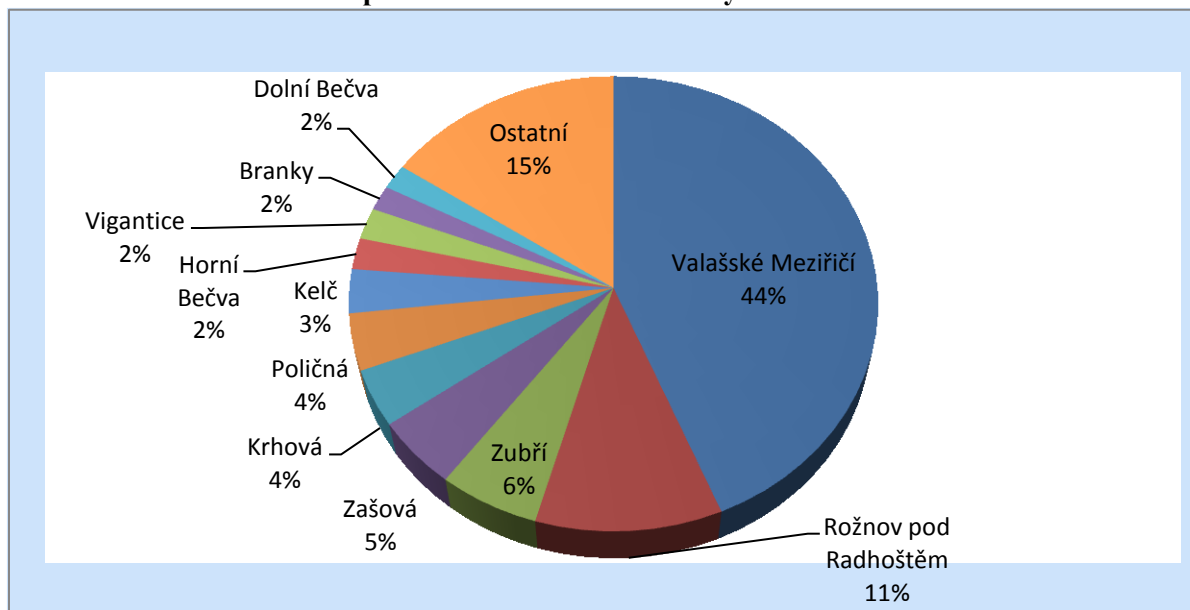
Vzdělání	Vlastní data	ČSÚ
<b>Základní</b>	9 %	16 %
<b>Střední bez maturity</b>	35 %	35 %
<b>Střední s maturitou</b>	42 %	34 %
<b>Vysokoškolské</b>	14 %	15 %

**Zdroj:** vlastní zpracování

Návštěvníci ambulantního zařízení a jejich bydliště jsou velice různá a proto uvádět každé procentuální zastoupení všech měst a obcí by byla graficky hodně matoucí. Proto jsou na obr. 4.4 uvedeny ty nejhlavnější a nejčastěji se vyskytující bydliště, které respondenti uváděli. Zbytek měst a obcí s nízkým procentuálním zastoupením jsou uvedena pod pojmem „ostatní“. Zde patří Vsetín, Vidče, Uherské Hradiště, Rajnochovice, Prostřední Bečva, Oznice, Olšovec, Malá Bystřice, Lhota u Choryně s pouze jediným zástupcem, dále pak Žabeň, Vizovice, Veselá, Mikulůvka, Malá Lhota, Leskovec, Kunovice, Kladeruby, Holešov a Bystřička, kteří měli po dvou zástupcích. Dále Valašská Bystřice a Police u Valašského Meziříčí po 3, Dolní Bečva a Branky po 4, Vigantice a Horní Bečva po 5, Kelč po 7, Poličná a Krhová po 9, Zašová po 11, Zubří po 13, Rožnov pod Radhoštěm po 24 a Valašské Meziříčí s 98 pacienty.



**Obr. 4.4: Charakteristika respondentů na základě místa bydliště**



**Zdroj:** vlastní zpracování

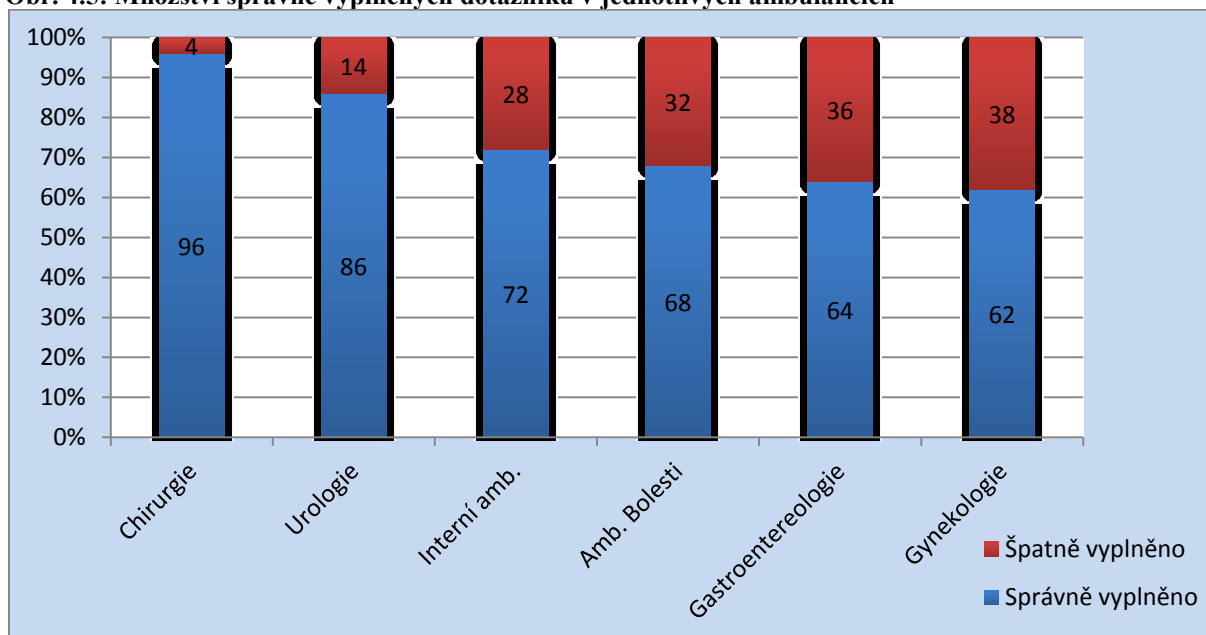
## 4.4 Výsledky výzkumu

V následující podkapitole bude pozornost zaměřena na kompletní vyhodnocení dotazníkového šetření z pořízených dat, které se přímo týká kvality a spokojenosti pacientů se službami ambulancí ve Valašském Meziříčí.

### 4.4.1 Výsledky z dotazníkového šetření

Na obr. 4.5 je graficky znázorněno, jakým způsobem bylo dosaženo správně vyplněných dotazníků, které byly rozdány jednotlivým ambulancím po padesáti kusech. Úspěšnost dotazníkového šetření je 74,67%. Průměrně každá ambulance vykazovala 25,33% špatně vyplněných dotazníků. Nejlépe si vedla chirurgická ambulance. Skutečnost, že tato ambulance měla pouze 4% špatně vyplněných dotazníků, spočívá v tom podle dostupných informací, že zdravotní sestra, která měla na starost rozdávání, důkladně vysvětlila pacientům, co mají přesně udělat, a tak eliminovala možné neshody nebo chyby. Podobná úspěšnost byla i na urologické ambulanci, kde bylo pouze 7 špatně vyplněných dotazníků.

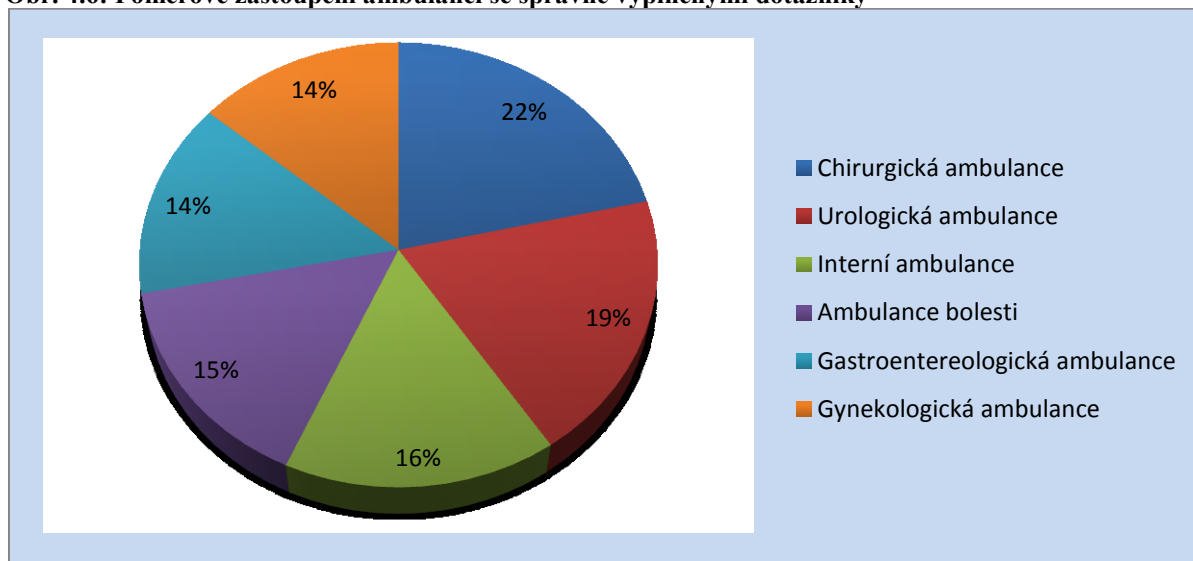
**Obr. 4.5: Množství správně vyplněných dotazníků v jednotlivých ambulancích**



**Zdroj:** vlastní zpracování

Na obr. 4.6 je procentuálně vyjádřena úroveň zastoupení jednotlivých ambulancí, které přispělo svými správně vyplněnými dotazníky k celkovému množství a to 224 kusů z 300. U chirurgické ambulance to bylo 48 správně vyplněných dotazníků, urologická ambulance měla 43, interní ambulance 36 kusů, ambulance bolesti 36 kusů, gastroenterologická ambulance 32 a gynekologická 31 dotazníků.

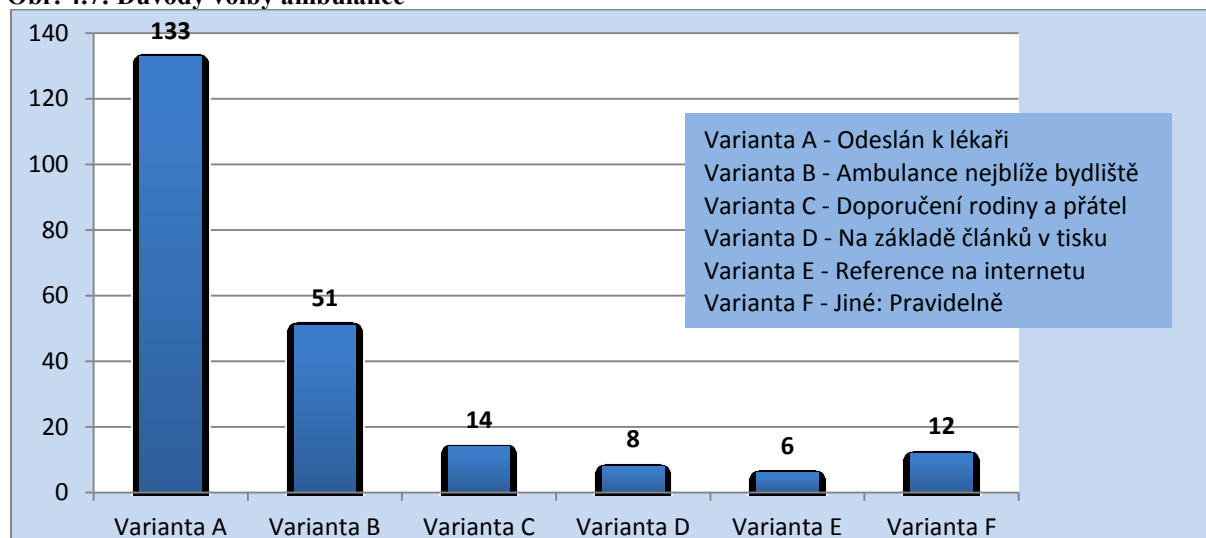
**Obr. 4.6: Poměrové zastoupení ambulancí se správně vyplněnými dotazníky**



**Zdroj:** vlastní zpracování

Zjištění jakým způsobem se obvykle pacient dostane do ambulance, není tak složité, ale vlastnit skutečná fakta, to chce trochu více trpělivosti. Je téměř viditelné, že na obrázku 4.7 má jasnou převahu varianta A, tedy že pacient byl odeslán do ambulance jiným lékařem, nejčastěji obvodním. V tab. 4.1 jsou pak tato data vyjádřena relativní četností a relativní kumulativní četností. V případě varianty A je to skoro 60% ze všech dotazovaných. Spolu s variantou B, tedy variantou, kdy se pacient rozhodl pro ambulanci, jelikož byla nejbližší jeho bydliště, se řadí mezi nejčastěji se objevující varianty, které respondenti volili. Je to více jak 82%. Je důležité v takovém případě mít velice dobré vztahy s lékaři z okolí, kteří posílají své pacienty na vyšetření, aby doporučili či poslali pacienta právě do valašskomeziříčské nemocnice. Jak už bylo ve druhé kapitole zmíněno, ředitelství zajímá především i jejich snahy o zviditelnění se pomocí médií ať už v regionálních denících nebo v televizi. Na první pohled lze z obr. 4.7 říci, že úspěšnost není tak vysoká, jak by možná samotná nemocnice očekávala. Při její současné investici v řádech sta tisíců korun je výsledek velice slabý a měla by být tato intenzivní kampaň přehodnocena. Rozhodně by se neměla opomíjet varianta C, kdy návštěvník ambulance dal na doporučení svých blízkých a rodiny. Proto musí být v zájmu nemocnice, aby její služby byly co nejlepší a aby pacient se nejenom rád vracel, ale aby předával své pozitivní dojmy z návštěvy dál. Internet je v poslední době velice populární a lze na něm nalézt spoustu zajímavých odkazů a informací včetně referencí na samotné doktory, ambulance, nemocnici apod. Jelikož mladá populace tráví spoustu času na internetu, bylo by dobré se zaměřit právě i na propracovanost internetových stránek a to nejen oficiálních skupiny AGEL.

**Obr. 4.7: Důvody volby ambulance**



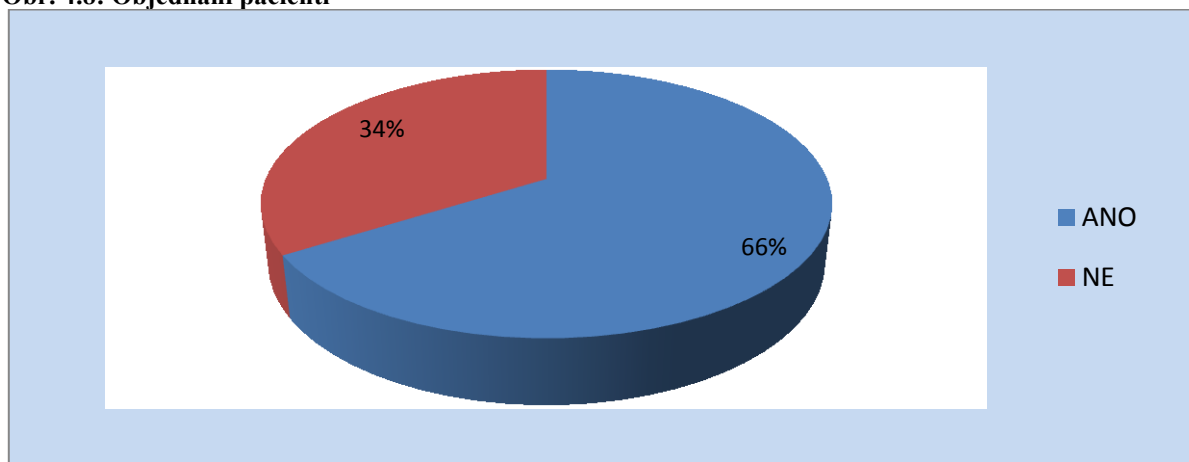
**Zdroj:** vlastní zpracování

**Tab. 4.4: Četnost mezi jednotlivými variantami**

	Četnost	Relativní četnost	Relativní kumulativní četnost
Odeslán lékařem	133	59,375	59,375
Ambulance je nejbližší bydlišti	51	22,768	82,143
Doporučení rodiny a přátel	14	6,250	88,393
Na základě článků v tisku	8	3,571	91,964
Reference na internetu	6	2,679	94,643
Jiné: Pravidelně	12	5,357	100,000
<b>CELKEM</b>	<b>224</b>	<b>100,000</b>	

**Zdroj:** vlastní zpracování

Čekání před vstupem do ambulance může být prodlouženo v závislosti, zda pacient byl či nebyl objednaný. Není to však pravidlo, aby osoba, která je objednaná, nečekala. V takovém případě, ale i bez objednání, musí zdravotní sestra vysvětlit důvody, proč se tak děje pokud pacient čeká víc jak 60 minut. Často to mohou být pacienti, kteří se stali součástí dopravní nehody, zdravotně se mi jim velice přitížilo atd., a tudíž jde o život pacienta, který se stává v tu chvíli prioritou ambulance ne-li celé nemocnice. Na základě sesbíraných dat byla sestavena přehledná tabulka četností jednotlivých odpovědí (viz příloha 4), podle kterých se dále pokračovalo. Z 224 pacientů bylo objednáno 148, což je podle obr. 4.8 66% a 76 pacientů přišlo neobjednaných (34%).

**Obr. 4.8: Objednaní pacienti**

**Zdroj:** vlastní zpracování

Průměrná doba čekání všech pacientů byla 27,94 minut. U pacientů, kteří byli objednaní, byla tato čekací doba nižší (25,64 minut). Naopak neobjednaní pacienti si průměrně počkali 32,42 minuty. Mediánem těchto čekacích dob je 20 minut. U pacientů, kteří byli objednaní, to bylo 15 minut a u neobjednaných 30 minut. Ve skutečnosti management požaduje, aby čekací lhůty byly zkráceny na průměrných 15 minut.

V příloze č. 5 byl vytvořen histogram čekacích dob, který si blíže popíšeme. Tvar histogramu se zcela odlišuje od zvonovitého tvaru. Vypovídá to o nestabilitě příslušného procesu. V tomto případě se jedná o dvouvrcholový histogram, který je navíc asymetrický a který má i dvě izolované hodnoty. Důvod může být např. ten, že ambulance mají často více akutních případů, a tak ostatní pacienti musejí čekat, také můžeme tvrdit, že jde o čekací doby všech šesti ambulancí.

V rámci specificačních mezí lze říci, že spousta pacientů nepodléhá daným požadavkům. To znamená, že jsou nad hranicí specificačních mezí. To má za následek vysokou čekací dobu a nespokojenost pacientů. Je nutné, aby se management tohoto zařízení sešel a projednal, jak tento problém bude chtít dále řešit.

Při provedení podmíněného formátování bylo zjištěno 65 případů, kdy vzorky nevyhovovaly požadavkům nad rámec horní specificační meze. Podíl neshodných je tedy 29,02 %, což je víc jak čtvrtina respondentů.

V příloze č. 6 jsou umístěné statistické pomocné tabulky, které posloužily pro další důležité výpočty. Variabilitou rozdělení souboru náhodných hodnot kolem její střední hodnoty resp. rozptylem je výsledná hodnota 764,4. Její směrodatnou odchylkou  $s$  je hodnota 27,65, která říká jak daleko jsou hodnoty náhodné veličiny vzdálené od střední hodnoty. Variační interval nabývá hodnot od 0 do 140. Její variační rozpětí  $R$  je 140. Šířka třídy je 15.

Koeficient asymetrie  $A=1,965$ , vypovídá o tom, že průměr je větší než medián, což znamená, že větší množství hodnot v souboru nabývá hodnot nižších než průměr. Koeficient koncentrace  $K=7,639$  a koeficient špičatosti  $\tilde{e} = 4,639$  říká, že pokud je hodnota vyšší jak 3, obsahuje větší výskyt extrémních hodnot oproti normálnímu rozložení, má vyšší vrchol. Dále jsou v téže příloze uvedeny grafy, které podávají rychlou vizuální informaci o rozdělení četností dat.

U 27 pacientů (12,05%), čekací doba na vyšetření byla delší než jednu hodinu. V dotaznících uvedlo 15 respondentů, že jim však důvody byly objasněny, avšak dalších 12 tyto informace žádný ze zdravotníků nepodal.

Při vyhodnocování zdravotnického personálu, jak lékařů, tak i zdravotních sester, byly významy hodnot na škále 1-5 otočeny proto, aby grafy spokojenosti měly lepší vizuální vypovídací schopnost. Tedy pokud očekáváme vyšší spokojenost, očekáváme vyšší číslo.

V tabulce 4.5 jsou přehledně zpracována data, která nám dávají jasný důkaz o tom, že jsou převážně pacienti, kteří jsou maximálně spokojení před těma, kterým se něco nelíbilo, a tudíž hodnotily některou z variant nižší známkou. I když je výsledek velice pěkný, není to důvod, aby nemocnice dál nepokračovala ve školení svých zaměstnanců.

**Tab. 4.5: Četnosti odpovědí u lékaře**

	5	4	3	2	1
<b>Spokojenost s návrhem typu léčby</b>	156	51	14	3	0
<b>Srozumitelnost podávaných informací</b>	158	46	10	10	0
<b>Chování k pacientovi</b>	183	37	4	0	0
<b>Pochopení pacientových problémů</b>	163	40	17	4	0
<b>Důvěra v lékaře navštívené ambulance</b>	180	35	5	3	1

**Zdroj:** vlastní zpracování

Na obr. 4.9 je prostřednictvím pavučinového diagramu znázorněný skutečný výsledek z dotazníkového šetření spolu s požadavky ředitelství, což je názor na požadovanou kvalitu vnímanou managementem a taky loňská data z jiného dotazníkového šetření, který prováděla samotná manažerka pro kvalitu. Toto šetření bylo taktéž provedeno na stupnici 1 až 5 a tudíž bylo aplikovatelné pro tuto práci. V tab. 4.6 se nachází zdroj dat pro diagram.

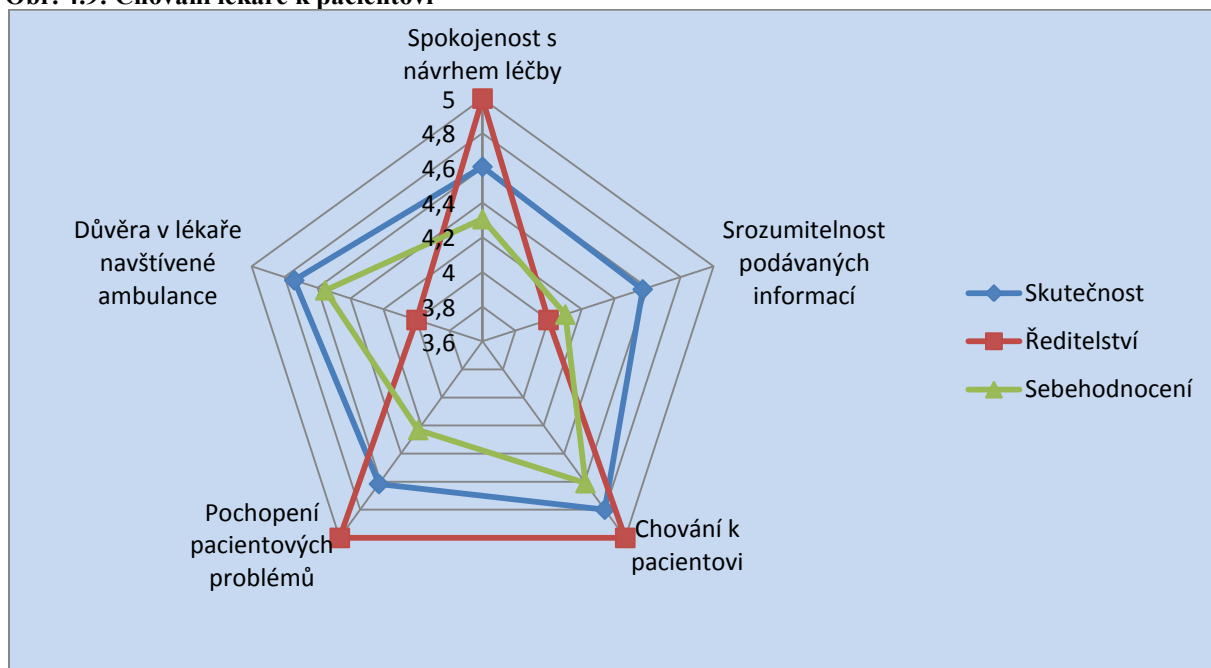
**Tab. 4.6 Naměřené hodnoty s požadavky top managementu a loňské data**

	Skutečnost		Ředitelství		Sebehodnocení	
<b>Spokojenost s návrhem typu léčby</b>	4,607	92,14%	5	100%	4,305	86,10%
<b>Srozumitelnost podávaných informací</b>	4,571	91,42%	4	80%	4,102	82,04%
<b>Chování k pacientovi</b>	4,799	95,98%	5	100%	4,610	92,20%
<b>Pochopení pacientových problémů</b>	4,616	92,32%	5	100%	4,231	84,62%
<b>Důvěra v lékaře navštívené ambulance</b>	4,741	94,82%	4	80%	4,554	91,08%

**Zdroj:** vlastní zpracování

Výsledky z dotazníkového šetření jsou rozhodně nadprůměrné, dokonce překračují ve v některých případech samotné požadavky managementu na kvalitu. Pokud srovnáme údaje z předchozího roku je zde vidět jisté zlepšení, a to ve všech případech. Celkově lze říci, že se průměrná spokojenost zvýšila z 87,21% na 93,34%.

**Obr. 4.9: Chování lékaře k pacientovi**



**Zdroj:** vlastní zpracování

V tab. 4.7 jsou zaznamenané data o zdravotních sestrách, která jsou taktéž převedena na taková, kde nejvyšší hodnota znamená nejlepší možný výsledek a naopak.

**Tab. 4.7: Četnosti odpovědí u zdravotní sestry**

	5	4	3	2	1
Srozumitelnost podávaných informací	205	19	0	0	0
Chování k pacientovi	207	15	2	0	0
Pochopení pacientových problémů	196	27	1	0	0
Důvěra ke zdravotní sestře	204	20	0	0	0
Ochota pomoci (obléct se, poradit aj.)	208	16	0	0	0

**Zdroj:** vlastní zpracování

Na obr. 4.10 je prostřednictvím pavučinového diagramu opět znázorněný skutečný výsledek z dotazníkového šetření, s požadavky ředitelství na jednotlivé varianty a výsledky z minulého roku. V tab. 4.8 jsou pak hodnoty, které charakterizují samotný diagram.

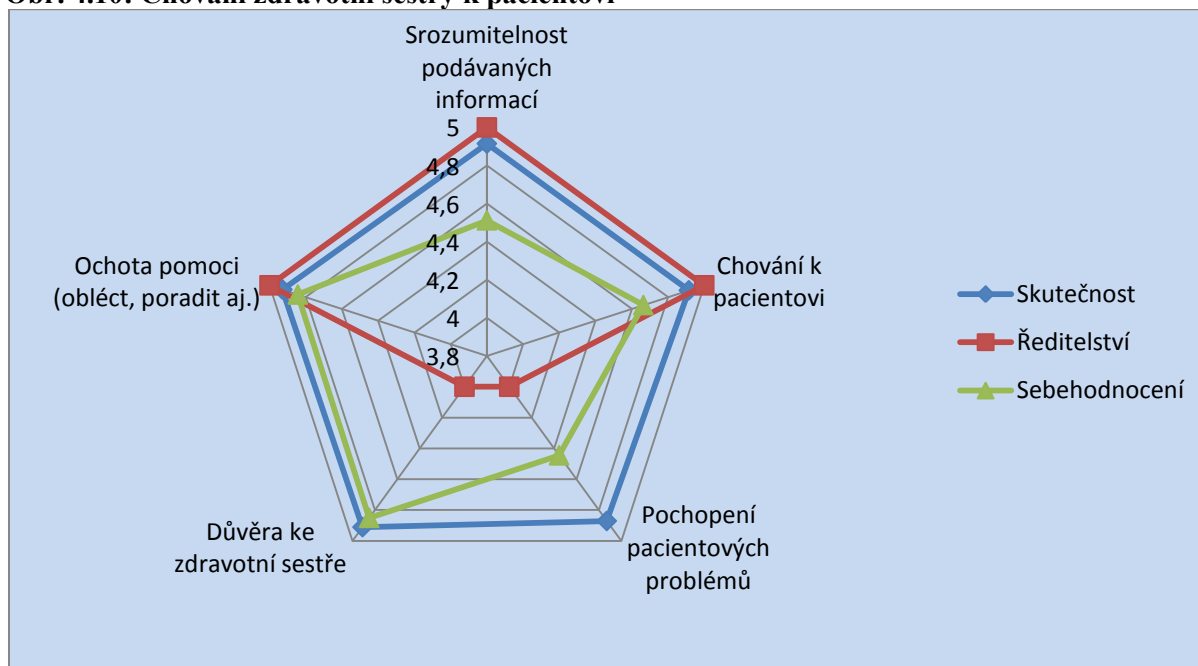
**Tab. 4.8 Naměřené hodnoty s požadavky top managementu a loňské data**

	Skutečnost		Ředitelství		Sebehodnocení	
Srozumitelnost podávaných informací	4,915	98,3%	5	100%	4,512	90,24%
Chování k pacientovi	4,915	98,3%	5	100%	4,664	93,28%
Pochopení pacientových problémů	4,871	97,42%	4	80%	4,445	88,9%
Důvěra ke zdravotní sestře	4,911	98,22%	4	80%	4,851	97,02%
Ochota pomoci (obléct se, poradit aj.)	4,929	98,58%	5	100%	4,844	96,88%

**Zdroj:** vlastní zpracování

Zdravotní sestry si meziročně polepšily a to z 93,26% na 98,16%. Očekávání managementu byla naplněna. Celková spokojenost se zvýšila a blíží se téměř 100%.

**Obr. 4.10: Chování zdravotní sestry k pacientovi**



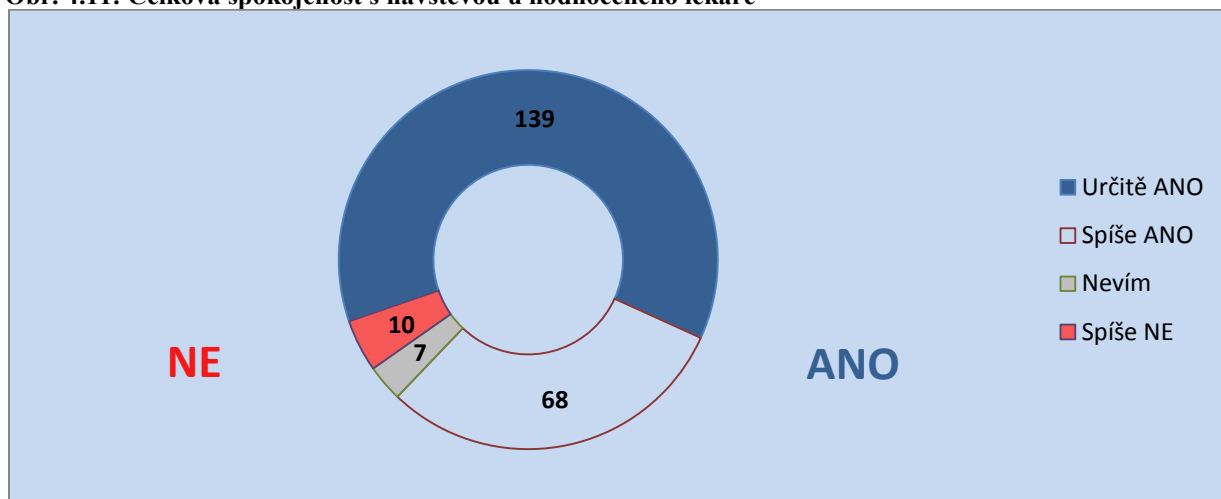
**Zdroj:** vlastní zpracování

Pokud provedeme stručnou rekapitulaci hodnocení zdravotního personálu, tak si lépe vedly zdravotní sestry oproti lékařům. Domníváme se, že požadavky a snahy zlepšovat úroveň zdravotnických služeb jsou v tomto případě více orientovány na sestry a ošetřovatelky, ačkoliv by tomu mělo být opačně. Výsledky jsou zcela viditelné. Spokojenost pacientů se službami v privátní nemocnici meziročně vzrostly, a to na základě všech hodnotících kritérií, jak u lékařů, tak i u zdravotních sester. V praxi to určitě vypadá tak, že s nařízením a kritikou se musí více podvolit právě ten nižší personál, který nemá tak často silné vyjednávací schopnosti. Management si myslí, že vytvářet vysoké požadavky na lékaře může mít za následek odchod z nemocnice, proto je s tímto výsledkem spokojena. Celkově však analýza služeb dopadla velice dobře a požadavky managementu byly v obou případech naplněny. Z toho vyplývá, že je nutné tento trend, jak byl nastaven, udržovat a je téměř jisté, že výsledky v dalších letech, budou ještě lepší.

Následné tvrzení by mělo potvrdit další oblast otázek z dotazníkového šetření. Jedná se o celkovou spokojenost u hodnoceného lékaře, a pokud samotná spokojenost souvisí se schopností doporučit daného lékaře svým přátelům a známým.



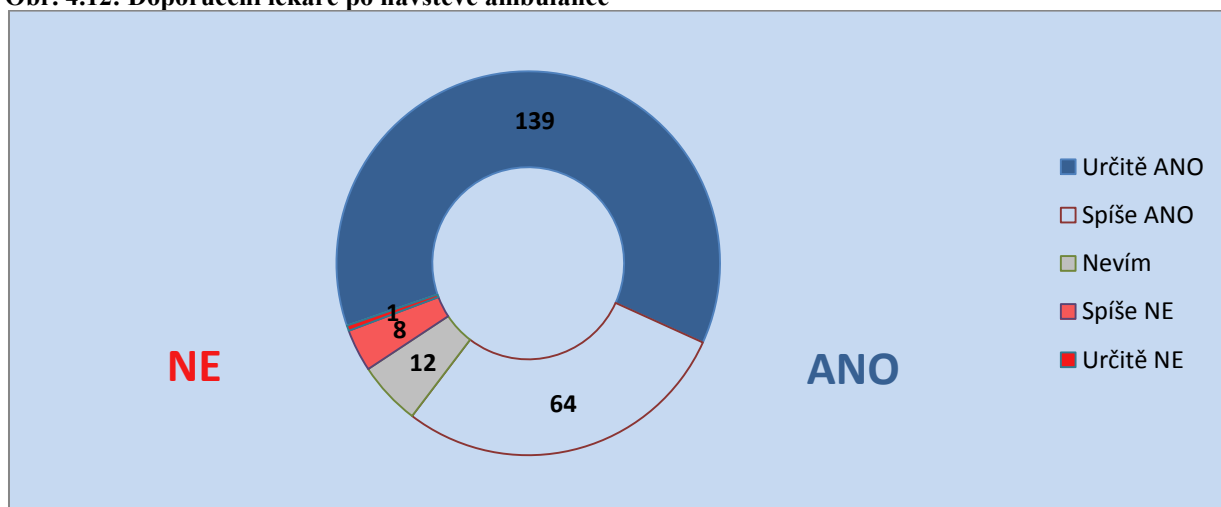
**Obr. 4.11: Celková spokojenost s návštěvou u hodnoceného lékaře**



**Zdroj:** vlastní zpracování

Z 224 respondentů odpovědělo 92,41%, že byla spokojená se službami ambulantního zařízení, což je 207 pacientů. Pouze 10 lidí cítilo jistou nespokojenost a 7 se neumělo rozhodnout.

**Obr. 4.12: Doporučení lékaře po návštěvě ambulance**



**Zdroj:** vlastní zpracování

Na obr. 4.12 je jasně patrné, že 139 pacientů by nemělo problém doporučit lékaře z ambulantního zařízení a dalších 64 by se jich přiklánělo k této možnosti také. Jen pouze 9 pacientů by nemělo zájem doporučovat lékaře svým známým. Nejčastěji uváděným důvodem bylo arogantní chování lékaře, jeho laxní přístup k dané věci a jistá nezkušenost s pacientovým problémem.

Celková podobnost je víc než zřejmá mezi jednotlivými grafy. Přes 90% respondentů bylo s lékařem spokojeno a byla by ochotna i doporučit lékaře svým příbuzným a známým.

Po zhodnocení služeb personálu nemocnice ve Valašském Meziříčí, který přispívá zákazníkovi k jeho spokojenosti, existuje ještě jeden faktor, a tím je prostředí, ve kterém se pacient nachází. K tomu, aby čekání bylo příjemné a aby pacientovi čas utíkal relativně rychleji, je zapotřebí občasných investic nemocnice. Na obr. 4.13 a tab. 4.9 jsou zaznamenány údaje z dotazníkového šetření, požadavky managementu nemocnice a loňské výsledky z šetření.

**Obr. 4.13: Hodnocení prostředí čekárny**



**Zdroj:** vlastní zpracování

**Tab. 4.9 Naměřené hodnoty s požadavky top managementu a loňské data**

	Skutečnost		Ředitelství		Sebehodnocení	
Čistota čekárny	4,567	91,34%	5	100%	4,454	89,08%
Čistota toalet	4,304	86,08%	5	100%	4,214	84,28%
Vybavení čekárny	3,982	79,64%	5	100%	3,574	71,48%
Pohodlí při čekání	3,964	79,28%	5	100%	3,422	68,44%

**Zdroj:** vlastní zpracování

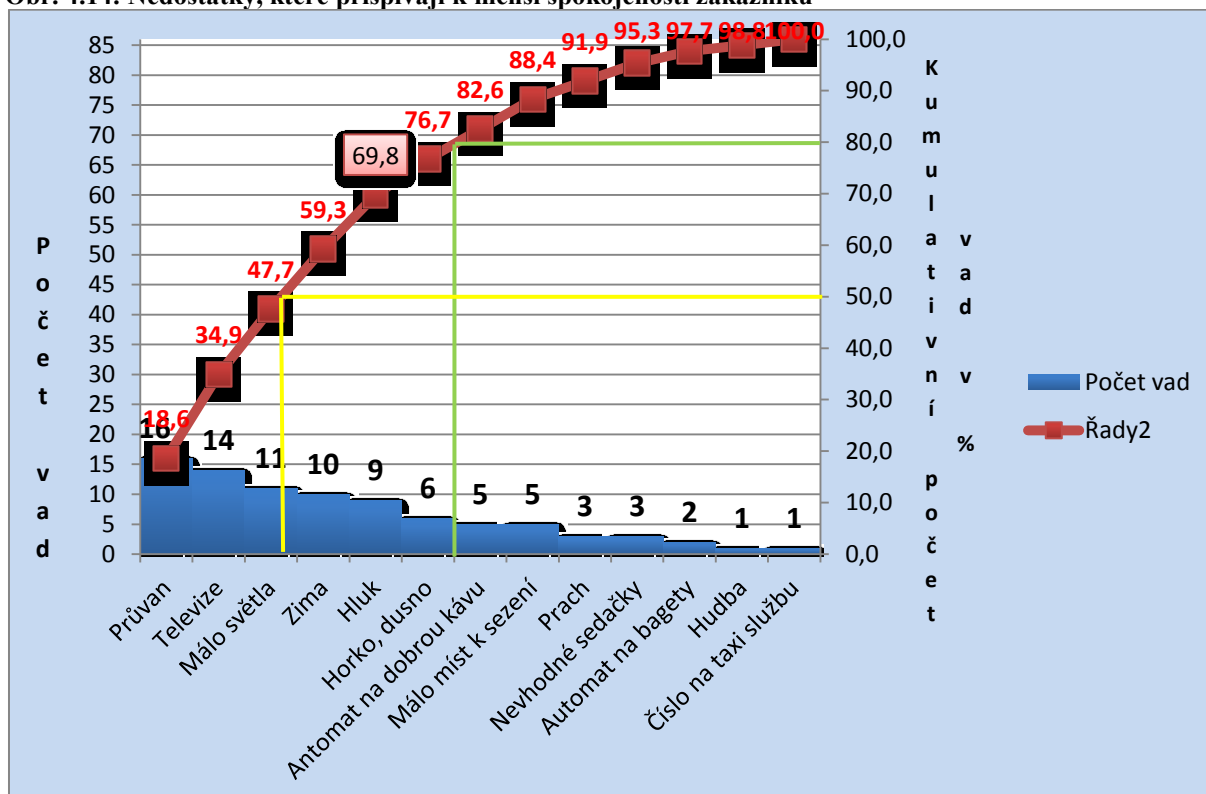
Prostředí čekáren v nemocnici ve Valašském Meziříčí jsou dnes relativně nadprůměrná 84,09 %, a to především nemalou investicí, která dále v těchto dnech pokračuje. Tato tvrzení lze dohledat v tab. 4.9 ve sloupci skutečnost, což jsou skutečné průměrné výsledky od všech respondentů. Nejen služby, ale také to, kde pacient čeká tedy čekárna, by měly být nadstandardně vybavené, a tak každý pacient by si měl v čekárně najít to své.

Pro stručnou rekapitulaci byl vypracován přehled tří základních oblastí, u kterých byla zjišťována spokojenost zákazníka. Prvních pět znaků spokojenosti slouží pro hodnocení spokojenosti s lékařem, znaky 6 až 10 hodnotí spokojenost se zdravotní sestrou a znaky 11 až 14 vypovídají o spokojenosti pacientů s prostředím čekárny. Jak už bylo dříve zmíněno, bylo vybráno 224 dotazníků, které budou k těmto výpočtům dále použity. Hodnocení je sumarizováno do tabulky (viz příloha 7).

Z takto vypracovaných dat lze vyčíst, že nejlépe hodnoceným znakem spokojenosti je „ochota pomoci (obléct se, poradit aj.)“ u zdravotních sester, u kterých bylo dosaženo nejvyššího výběrového průměru a zároveň nejmenšího rozptylu v názorech jednotlivých pacientů. Opačným tedy nejhorším výsledkem je „pohodlí při čekání“ v čekárnách, a to nejen na základě výběrového průměru, ale také rozptylu. Celkové hodnocení spokojenosti nejlépe dopadlo v průměru u zdravotních sester (4,91 z 5), dále spokojenost s lékaři (4,67) a nejhůře dopadla spokojenost s čekárnami (4,20). Pro další zlepšování je nutné se především zaměřit na ty nejhorší znaky spokojenosti, a to na čistotu toalet, vybavení čekáren a pohodlí při čekání.

Přistoupíme-li k poslední doplňující otázce, kde respondent měl možnost se vyjádřit k celkovému dojmu návštěvy nemocnice a doplnit jej o různá doporučení ke zlepšení spokojenosti pacientů, nebo cokoliv co tomuto zařízení schází, byl účelně vytvořený přehledný graf, který osvětluje hlavní nedostatky, které v čekárnách chybí nebo jsou nedostatečné. Na tuto otázku odpovědělo pouze 66 respondentů, kteří měli jisté návrhy na zlepšení zdravotnického zařízení. Jejich požadavky byly sjednoceny a zařazeny do 13 kategorií. Někteří se vyjádřili k několika problémům současně, některým vadila pouze jedna věc. Na obr. 4.14 jsou graficky zobrazeny sestupně největší problémy, které přispívají k menší spokojenosti zákazníků. Celkem se našlo 86 nedostatků, které pacienti během návštěvy nemocnice zjistili.

Obr. 4.14: Nedostatky, které přispívají k menší spokojenosti zákazníků



Zdroj: vlastní zpracování

Podle sloupcového diagramu Lorensovy křivky a tabulky kumulativních podílů jsou životně důležité vady průvan, televize, málo světla, zima a hluk. Bohužel Lorenzova čára nedává příliš jednoznačné výsledky, a proto jsme použili pro výběr životně důležitých položek také průměr, který vypočítáme na základě vzorce (2.3). Podle průměrného počtu vad, kde je průměr 6,62, jsou životně důležité vady průvan, televize, málo světla, zima a hluk, tyto vady mají vyšší hodnotu než průměr.

Životně důležitou menšinu tvoří relativně malý počet činitelů, které mají velký podíl na celku. Jedná se především o počet vad jako je průvan, televize, málo světla, zima a hluk. Na tyto položky by se tedy nemocnice měla zaměřit nejdříve a snažit se je eliminovat.

#### 4.4.2 Výpočet indexu spokojenosti zákazníka

Změřit spokojenost vlastních pacientů může být provedeno i pomocí výpočtu indexu spokojenosti, který bude proveden na základě 14 definovaných znaků spokojenosti s využitím dodatečně sesbíraných dat z dotazníkového šetření, pro které bylo nutno stanovit váhy

důležitosti. Pro aplikování výpočtu vybereme otázky 6, 7 a 10. Pro výpočet musíme opět hodnocení přepočítat na bodové hodnocení (viz tab. 4.10).

**Tab. 4.10: Bodové hodnocení spokojenosti zákazníka**

Slovní hodnocení	Hodnotící stupnice	Bodové hodnocení
Velmi spokojený	1	5
Spokojený	2	4
Téměř spokojený	3	3
Téměř nespokojený	4	2
Nespokojený	5	1

**Zdroj:** vlastní zpracování

Vzorové výpočty budou provedeny pro 8 zákazníků, kteří byli náhodně vybráni na základě věkových skupin a pohlaví (viz příloha 8), a to tak, že z každé skupiny jsme chtěli jednoho zástupce, tedy čtyři ženy a čtyři muže ze čtyř věkových kategorií. Dalším krokem bylo nutné vypočítat sumu bodových hodnocení pro všech osm pacientů, kteří odpovídali na 14 otázek. Míra důležitosti prvního zákazníka je 67. Ostatní výsledky jsou opět umístěny v příloze č. 8.

Dále se vypočítají jednotlivé váhy hodnotících oblastí podle hodnotícího vzorce. Hodnota  $M$  vyjadřuje rozptyl, který je pět. Pro první hodnotící oblast byla vypočítána důležitost váhy podle následujícího vzorce (viz vzorec 2.1). Po dosazení, jsme získali hodnotu 0,0149, která vyjadřuje hodnotu prvního zákazníka v první hodnotící oblasti. Výpočty ostatních zákazníků jsou uvedeny v příloze č. 9. Výpočet indexu spokojenosti prvního zákazníka v první oblasti dle vzorce 2.2 se rovná 0,0745.

Na základě hodnotící stupnice 1-5, pokud by některý z uvedených zákazníků odpověděl bodovým hodnocením 1, index spokojenosti by vyšel 20%. To je však nelogické, protože nejhorší výsledek může být až 0%. Po výpočtu indexu spokojenosti za jednotlivé oblasti, vypočítáme celkovou spokojenost tak, že sečteme jednotlivé oblasti za každého zákazníka, odečteme hodnotu 0,2 a získaný výsledek vynásobíme 1,25. Pokud chceme výsledek v procentech, je nutné jej vynásobit ještě 100. Takto se vypočítá index spokojenosti prvního i dalších zákazníků.

**Tab. 4.11: Index spokojenosti vzorových zákazníků**

Výsledky spokojenosti (CSI)		
Zákazník	1	89,179%
	2	94,318%
	3	91,667%
	4	88,077%
	5	92,647%
	6	84,091%
	7	96,377%
	8	100%

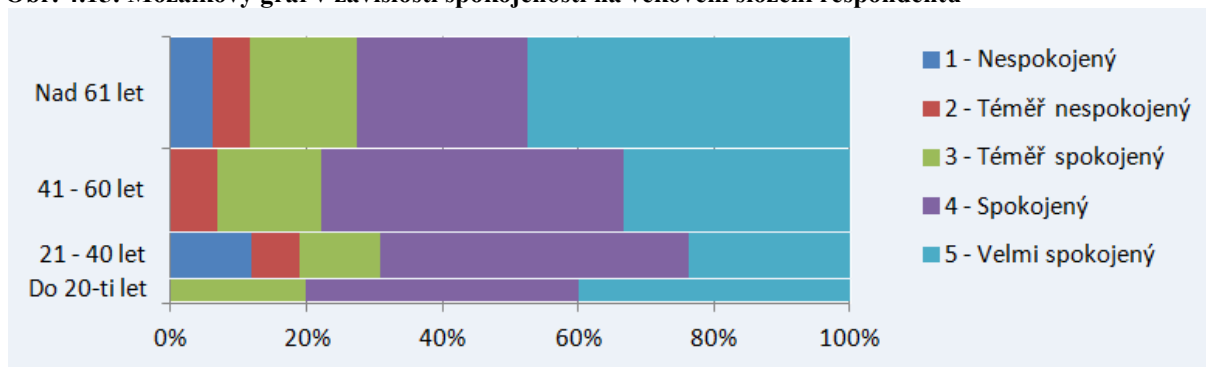
**Zdroj:** vlastní zpracování

Na základě těchto výpočtů jsme docílili zjištění, že spokojenost osmi námi vybraných zákazníků je spokojena nad rámec požadavků managementu, který je 90%. Průměr z jednotlivých výsledků indexu spokojenosti je 92,05%.

#### 4.4.3 Analýza závislosti dvou kategoriálních veličin

Na základě této analýzy byl zkoumán faktor spokojenosti, u kterého byla pomocí dotazníkového šetření zjištěna nejmenší míra spokojenosti. Konkrétně šlo o znak u otázky 10. „*pohodlí při čekání*“, kde výsledná průměrná hodnota byla 3,96. U tohoto znaku byla zjišťována závislost na věku, pohlaví a výši dosaženého vzdělání z důvodu, zda se najde jistá skupina nebo menšina lidí, kteří ovlivňují negativně právě tento znak.

Nejdříve se kontingenční tabulka rozšíří o údaje, jako jsou marginální četnosti, relativní četnosti, řádkové a sloupcové relativní četnosti (viz příloha č. 10). Na základě těchto údajů se sestojí tzv. Mozaikový graf (viz obr. 4.15). V tomto případě jsme vycházeli především z řádkových relativních četností a relativních četností. Čím členitější je mozaikový graf, tím je závislost mezi poměny silnější.

**Obr. 4.15: Mozaikový graf v závislosti spokojenosti na věkovém složení respondentů**

**Zdroj:** vlastní zpracování

Pomocí testu ověříme, zda je tato závislost statisticky významná. Budeme testovat hypotézu:

$H_0$ : Pohodlí při čekání **nezávisí** na věku dotazovaných.

$H_a$ : Pohodlí při čekání **závisí** na věku dotazovaných.

Tab. 4.12: Test nezávislosti v kontingenční tabulce

Věková skupina	Pohodlí při čekání				
	1	2	3	4	5
do 20 let	0	0	3	6	6
	0,7	0,9	2,3	5,4	5,7
21-40 let	5	3	5	19	10
	2,1	2,4	6,4	15,2	15,9
41-60 let	0	5	11	32	24
	3,5	4,2	10,9	26,0	27,3
nad 61 let	6	5	15	24	45
	4,7	5,5	14,4	34,4	36,0

- Pozorované četnosti
- Očekávané četnosti

Zdroj: vlastní zpracování

**Předpoklad testu:**  $\chi^2 \geq \chi^2_{(r-1)(c-1)}(\alpha)$

Na základě vzorce 2.6 vypočítáme  $G=1,91+7,78+5,47+5,80=20,96$

kde  $F_0(x)$  je distribuční funkce rozdělení  $\chi^2$  s  $(4-1)(5-1) = 12$  stupni volnosti.

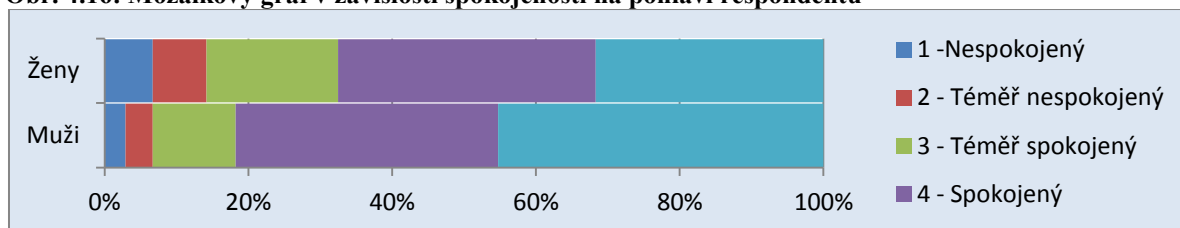
$$\chi^2=20,96$$

$$\chi^2_{0,05}(12) = 21,026 \rightarrow \chi^2 < \chi^2_{0,05}(12)$$

Na hladině významnosti 0,05 zamítáme hypotézu  $H_a$ . Je zřejmé, že neexistuje jistá závislost mezi věkem a názorem respondentů na pohodlí při čekání.

Závislost pohodlí na pohlaví vypočítáme obdobně, jako tomu bylo u závislosti na základě věku. Pomocí testu ověříme, zda je tato závislost statisticky významná.

Obr. 4.16: Mozaikový graf v závislosti spokojenosti na pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

Budeme testovat hypotézu:

$H_0$ : Pohodlí při čekání **nezávisí** na pohlaví dotazovaných.

$H_a$ : Pohodlí při čekání **závisí** na pohlaví dotazovaných.

Tab. 4.13: Test nezávislosti v kontingenční tabulce

Věková skupina	Pohodlí při čekání				
	1	2	3	4	5
Muži	3	4	12	38	47
	5,1	6,0	15,8	37,6	39,5
Ženy	8	9	22	43	38
	5,9	7,0	18,2	43,4	45,5

- Pozorované četnosti
- Očekávané četnosti

Zdroj: vlastní zpracování

**Předpoklad testu:**  $\chi^2 \geq \chi^2_{(r-1)(c-1)}(\alpha)$

Na základě vzorce 2.6 vypočítáme  $G = 3,91 + 3,39 = 7,29$

kde  $F_0(x)$  je distribuční funkce rozdělení  $\chi^2$  s  $(2-1)(5-1) = 4$  stupni volnosti.

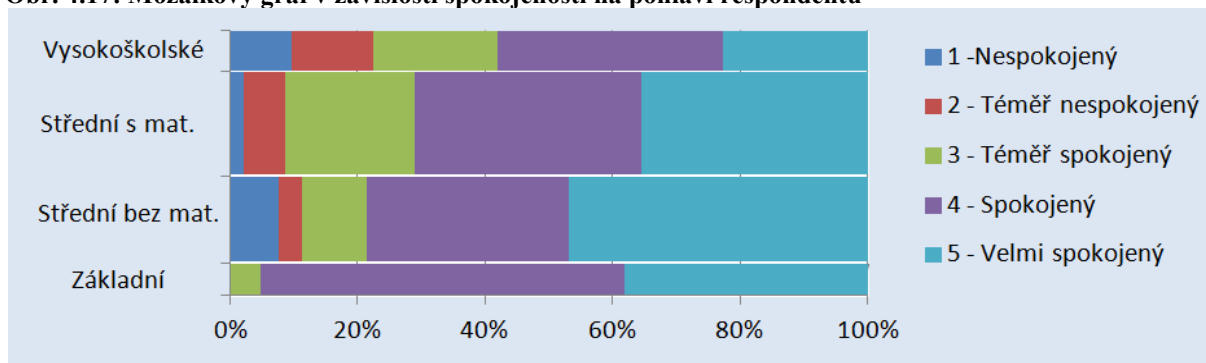
$$\chi^2 = 7,29$$

$$\chi^2_{0,05}(4) = 9,488 \quad \rightarrow \quad \chi^2 < \chi^2_{0,05}(4)$$

Na hladině významnosti 0,05 zamítáme hypotézu  $H_a$ . Pohodlí při čekání nezávisí na pohlaví respondentů.

Závislost pohodlí na výši dosaženého vzdělání vypočítáme, jako tomu bylo u závislosti dvou posledních zkoumaných znaků. Pomocí testu ověříme, zda je tato závislost statisticky významná.

Obr. 4.17: Mozaikový graf v závislosti spokojenosti na pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní zpracování



Budeme testovat hypotézu:

$H_0$ : Pohodlí při čekání **nezávisí** na výši dosaženého vzdělání.

$H_a$ : Pohodlí při čekání **závisí** na výši dosaženého vzdělání.

Tab. 4.14: Test nezávislosti v kontingenční tabulce

Vzdělanost	Pohodlí při čekání				
	1	2	3	4	5
Základní	0	0	1	12	8
	1,0	1,2	3,2	7,6	8,0
Stř.bez maturity	6	3	8	25	37
	3,9	4,6	12,0	28,6	30,0
Stř. s maturitou	2	6	19	33	33
	4,6	5,4	14,1	33,6	35,3
Vysokoškolské	3	4	6	11	7
	1,5	1,8	4,7	11,2	11,8

- Pozorované četnosti
- Očekávané četnosti

Zdroj: vlastní zpracování

**Předpoklad testu:**  $\chi^2 \geq \chi^2_{(r-1)(c-1)}^{(\alpha)}$

Na základě vzorce 2.6 vypočítáme  $G = 6,31 + 5,13 + 3,36 + 6,42 = 21,21$

kde  $F_0(x)$  je distribuční funkce rozdělení  $\chi^2$  s  $(4-1)(5-1) = 12$  stupni volnosti.

$$\chi^2 = 21,21$$

$$\chi^2_{0,05}(12) = 21,026 \rightarrow \chi^2 > \chi^2_{0,05}(12)$$

Na hladině významnosti 0,05 zamítáme hypotézu  $H_0$ . Pohodlí při čekání závisí na výši dosaženého vzdělání. V tomto případě však musíme dodat, že výsledky jsou si téměř rovny a proto tvrzení, že závislost spokojenosti se odvíjí od výše dosaženého vzdělání, nemusí mít tak velkou vypovídající hodnotu. Pokud se podíváme zpět na obr. 4.17, nebyl zde žádný respondent, se základním vzděláním, který by se vyjádřil negativně vůči spokojenosti s pohodlím v čekárně a tedy hodnotil tento znak hodnotou 1 nebo 2. Jsou to právě tito respondenti, díky kterým vyšla hodnota  $\chi^2$  vyšší.

Díky této metodě se podařilo zjistit, jestli existuje některá menšina, která by dramaticky ovlivňovala spokojenost s pohodlím při čekání. Na základě analýzy závislosti a přiložených tabulek (viz příloha č. 10) bylo zjištěno, že nejvíce nespokojených respondentů jsou ženy, nad 61 let se středoškolským vzděláním bez maturity.

## **4.5 Návrh řešení pro zkvalitnění služeb ve zdravotnickém zařízení**

Pokud se bude management chtít podílet na neustálém zvyšování spokojenosti pacientů v této nemocnici, musí se vždy dostatečně informovat. Stížnosti, které se dostanou až na stůl ředitele nemocnice, jsou obvykle pouze jen špičkou ledovce ze všech nespokojených pacientů. K tomuto dotazníkovému šetření, bude managementu nemocnice nabídnuto pár užitečných rad a připomínek, které by jistě zlepšily zákaznickovou spokojenost a s tím i spojenou loajalitu k danému zařízení.

### **4.5.1 Návrhy řešení**

Celková spokojenost pacientů, kteří navštívili jednu z šesti ambulancí, jsou se službami nemocnice většinou nadprůměrně spokojeni. Splňují také úroveň kvality poskytovaných služeb, kterou si management vytyčil. Detailnějším rozčleněním této problematiky bylo zjištěno, kde se nacházejí největší problémy, které snižují celkovou spokojenost.

Pokud se nemocnice chce opravdu zaměřit na větší množství pacientů, rozhodně to nebude prostřednictvím masivní reklamy a propagace přes internetové stránky a tisk. Doporučuje se spíše zaměřit na obvodní i odborné lékaře nejčastěji z blízkého okolí, kteří by posílali své pacienty na další vyšetření případně hospitalizaci do nemocnice ve Valašském Meziříčí. Je nutné, aby se začalo s těmito lékaři více spolupracovat, a to nejen zasíláním informací o novinkách, které se v nemocnici dějí, ale také aby se vybudoval systém motivace, proč právě posílat své pacienty do této nemocnice. Těmto lékařům by měla být nabídnutá různá školení, množstevní slevy pokud by odebíraly materiál přes nemocnici a mnoho dalších zajímavých benefitů. V rámci neustálého zlepšování by měl být vymyšlený počítačový systém, který by komunikoval mezi těmito lékaři a nemocnicí, tedy jako jakési médium, které by sloužilo pro objednávání pacientů, zboží, posílal by lékařské zprávy apod. Na základě tohoto sofistikovaného programu by částečně mohl být lékař zavázán nemocnici, čímž by se mohl zvýšit počet návštěvníků nemocnice.

V rámci čekání je to poněkud složitější. Nemocnice nemůže ovlivnit počet akutních případů během dne. Nemůže také v rámci úspor zvýšit počty svých zaměstnanců. Jediná

možnost, jak snížit čekací dobu téměř na polovinu je neustálé zvyšování efektivity práce zaměstnanců tím, že je bude posílat na školení, že se bude snažit snižovat administrativní zátěž, která je s příchodem pacienta spojená. Problémem dlouhých čekacích dob je často RTG oddělení, které má provozní dobu pouze v dopoledních hodinách a jednotlivé ambulance musejí své pacienty, pokud se nejedná o akutní případ, objednávat. Bylo by vhodné, aby provozní doba byla 24 hodin denně, jako je tomu např. u chirurgie. Nemocnici by také pomohl vyvolávací (pořadníkový) systém, kdy pacient není objednaný. Tedy byl by zřízený automat, do kterého by pacient zadal svůj problém a ten by ho automaticky poslal na příslušné oddělení pod určitým číslem. V dnešní době se s tímto způsobem můžeme setkat například na úřadech. V některých případech by to pomohlo vyřešit spory mezi čekajícími pacienty, u kterých jednou za čas nastane konflikt a osočování, kdo koho předbíhá.

Spokojenost se zdravotnickým personálem dopadl velice dobře, možná až nad očekávání než tomu bylo v minulém roce. Je tedy jasně viditelný rozdíl v růstu spokojenosti pacientů se zaměstnanci nemocnice. Avšak nároky managementu na spokojenost pacienta se zdravotnickým personálem jsou stále v některých případech nenaplněné. Lékaři dopadli hůř, a tedy i na ty by měla být především zaměřena pozornost. Pro vyšší spokojenost by pomohlo, kdyby management více komunikoval s lékaři. Často to může být právě vlivem různých nařízení, se kterými se lékař nedokáže smířit a odnese to nevinný pacient. Není to však jenom tím. Mnoho lékařů si díky svému vzdělání může myslet, že jsou nejchytřejší, ale nedokážou se vcítit do pocitů a myšlení samotného pacienta. Rozhodně by pomohlo školení, přes vlastní Vzdělávací a výzkumný institut, kterému by dala nemocnice podnět, aby připravil několika hodinové motivační sezení.

Největším problémem je podle dotazníkového šetření prostředí čekáren, kde pacienti tráví část svého času před samotným ošetřením. Výsledky jsou sice průměrné až lehce nadprůměrné. Pacienti se v některých případech vyjádřili, v čem vidí problém, a tudíž jsou méně spokojení. Čekárnám by nejvíce pomohlo, kdyby se v průběhu dalších dvou měsíců vymalovaly stěny, během jednoho roku se zakoupila nová křesla do jednotlivých ambulancí, udělalo by se výběrové řízení na automat s kvalitnější kávou, téměř hned se nakoupily silnější typy zářivek, aby si pacienti mohli číst a v horizontu jednoho roku, aby bylo zakoupeno 6 LED televizí do každé čekárny. Největší investicí by byla zřejmě instalace klimatizace, která by celoročně regulovala teplotu na konstantních 20°C podle vnitřní výpočtové teploty pro

zdravotnická zařízení čekáren, kterou předepisuje norma ČSN EN 12831. Samozřejmě i klimatizace často kvůli omezeným financím nelze koupit okamžitě.

Všechny návrhy a doporučení nesou samozřejmě i náklady v podobě peněžních prostředků. Proto bylo nutné se zamyslet i nad tímto problémem, který by značný výdaj mohlo částečně vynahradit nabídnutím nebytových prostor pro živnostníky, kteří by nabízely služby jako je pedikúra, manikúra, kosmetika, lehké zdravé občerstvení apod. v areálu nemocnice. Dalším příjmem pro nemocnici může být v brzké době zvýšení plateb za státní pojištění zdravotními pojišťovnami, které by mělo pokrýt jistý výpadek příjmů za zrušené poplatky k 1. 1. 2014.

#### **4.5.2 Názor managementu**

Na schůzce s manažerkou kvality a ředitelem nemocnice ve Valašském Meziříčí bylo předloženo kompletně zpracované dotazníkové šetření a představeny jim možnosti, které nemocnice v dnešní době má. Management nemocnice se vyjádřil asi takto.

Myslíme si, že způsob jak zjišťovat spojenost pacientů se službami pomocí dotazníkového šetření je jeden z těch nejefektivnějších. Na základě těchto podkladů můžeme dále přemýšlet jak udělat nemocnici lepší než dříve. Je v našem zájmu, aby nemocnice především regionálního charakteru vyhovovala všem i těm nejnáročnějším. Proto v horizontu 2-3 měsíců bychom chtěli opravdu některé čekárny zmodernizovat. Nejvíce se nám líbí návrh, který předkládá jakousi spolupráci mezi nemocnicí a soukromými lékaři. Doufáme, že už jen díky této prvotní myšlence se aspoň část stane jednou skutečností.

## 5 Závěr

S přípravou dotazníkového šetření je spojeno mnoho otázek. Opravdu kvalitně zpracovaná a vyhodnocená data mohou odpovědět na některé problémy, aniž by si jich jakákoliv společnost dříve všimla nebo si jich byla vědoma. Na jejich základě může management zjistit, kde se nachází problémy, které snižují spokojenost zákazníků, a tak včas reagovat a zastavit nebo se pokusit snížit jejich nespokojenost.

Cílem diplomové práce bylo vypracovat kvalitní a především objektivní analýzu o spokojenosti zákazníků se službami, které by mělo posloužit managementu jakosti privátní nemocnice ve Valašském Meziříčí. Na základě teoretických a praktických informací byla vytvořena tato práce s možným návrhem řešení na zlepšení. Tato práce by měla posloužit k rozhodování managementu a využití výsledků práce v podnikatelské praxi.

V teoretické části je pozornost zaměřena především na objasnění dvou základních pojmů kvalita a služba, měření spokojenosti a loajality zákazníků, metodika měření spokojenosti externích zákazníků, kterou rozděluje autor Nenadál do osmi menších podkapitol, kde se snaží popsat kdo je zákazníkem, jaké jsou požadavky zákazníků a znaky jejich spokojenosti, návrh dotazníků pro měření spokojenosti, stanovování reprezentativního vzorku zákazníků, najít nejvhodnější metodu pro sběr dat, způsoby vyhodnocování dat, jak využít výsledků pro procesy neustálého zlepšování až po omezení procesů měření spokojenosti zákazníka.

Další část kapitoly podává ucelený obraz o zdravotnickém zařízení konkrétně o nemocnici ve Valašském Meziříčí, která je členem skupiny akciové společnosti AGEL. V rámci této kapitoly byly popsány jednotlivé ambulance, které se v tomto zařízení nachází, způsob financování společnosti, výsledky hospodaření za pomoci nejaktuálnějších finančních výkazů, současná konkurence a největší investice za poslední čtyři roky.

Praktická část řeší problematiku spokojenosti pacientů v privátní nemocnici. Je rozdělená do několika podkapitol, a to na přípravnou fázi projektu, kde byla podrobně popsána příprava před samotnou realizací, realizační fáze projektu, která se týkala především sběru dat a způsobu zpracování. Další součástí této kapitoly bylo nutné charakterizovat

výběrový vzorek a přistoupit k analýze zbytku dat, a to jak z výsledků z dotazníkového šetření, tak i za pomoci některých zaměstnanců nemocnice. V konečné fázi byla navržnuta řešení pro zkvalitnění služeb ve zdravotnickém zařízení.

Výsledky diplomové práce byly předány managementu nemocnice a budou použity pro soukromé účely v rámci neustálého zkvalitňování služeb.

# Seznam použité literatury

## Odborné knihy:

1. BLECHARZ, Pavel. *Základy moderního řízení kvality*. Praha: Ekopress, 2011. 122 s. ISBN 978-80-86929-75-0.
2. DOLEŽAL, Jan a Pavel MÁCHAL, a kol. *Projektový management podle IPMA*, 2.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012, 528 s. ISBN 978-80-247-4275-5.
3. FRANZ, Robert et al. *Verbesserung der Servicequalität im Dienstleistungssektor durch die Kundenkontaktpunktanalyse*. Bremen: Europäischer Hochschulverlag, 2011. 211 s. ISBN 978-80-86730-68-4.
4. JAKUBÍKOVÁ, Dagmar. *Marketing v cestovním ruchu*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 313 s. 978-80-247-4209-0.
5. JOHNOVÁ, Radka. *Marketing kulturního dědictví a umění*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 288 s. ISBN 978-80-247-2724-0.
6. KAŠPAROVSKÁ, Vlasta, et al. *Řízení obchodních bank*. Praha: C. H. Beck, 2006. 339 s. ISBN 80-7179-381-7.
7. KOTLER, Philip, et al. *Moderní marketing*. 4 vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 1048 s. ISBN 978-80-247-1545-2.
8. KOZEL, Roman, et al. *Moderní marketingový výzkum*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 280 s. ISBN 80-247-0966-X.
9. KUPKA, Karel. *Statistické řízení jakosti*. 3. vyd. Pardubice: TriloByte Statistical Software, 2001. 139 s. ISBN 80-238-1818-X.

10. LOŠŤÁKOVÁ, Hana, et al. *Diferenciované řízení vztahů se zákazníky*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 272 s. ISBN 978-80-247-3155-1.
11. McCOLLUM, Walter. *Process improvement in quality management systems*. Crewe: Trafford publishing UK, 2004. 136 s. ISBN 1-4120-3650-X.
12. NENADÁL, Jaroslav, et al. *Moderní systémy řízení jakosti – Quality Management*. 2. vyd. Praha: NT Publishing, s.r.o., 2002. 282 s. ISBN 80-7261-071-6.
13. NENADÁL, Jaroslav. *Měření v systémech managementu jakosti*. Praha: Management Press, 2004. 335 s. ISBN 80-7261-110-0.
14. NENADÁL, Jaroslav. *Měření v systémech managementu jakosti*. Praha: Management Press, 2001. 310 s. ISBN 80-7261-054-6.
15. PLURA, Jiří. *Plánování a neustále zlepšování jakosti*. Brno: Computer Press, 2001. 244 s. ISBN 80-7226-543-1.
16. SPEJCHALOVÁ Dana. *Management kvality*. 4.vyd. Vysoká škola ekonomie a managementu 978-80-86730-68-4.
17. SVOZILOVÁ, Alena. *Zlepšování Podnikových procesů*. Praha: Grada Publishing, 2011. 232 s. ISBN 978-80-247-3938-0.
18. ŠTĚPANÍK, Jaroslav. *Nejčastější chyby a omyly manažerské praxe*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 112 s. ISBN 978-80-247-2494-2.
19. TOMEK, Gustav. *Střety marketingu – uplatnění principu marketingu ve firemní praxi*. Praha: C. H. Beck, 2004. 216 s. ISBN 80-7179-887-8.
20. VAŠTÍKOVÁ, Miroslava. *Marketing služeb – efektivně a moderně*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 232 s. ISBN 978-80-247-2721-9.



### **Elektronické dokumenty a ostatní:**

21. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Vzdělanostní struktura populace ČR*. ČSÚ [26. 3. 2014]. Dostupné z: [http://notes2.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/CD00248DD4/\\$File/310111q402.pdf](http://notes2.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/CD00248DD4/$File/310111q402.pdf)
22. KOHOUTEK, Rudolf. *Dotazník jako průzkumná metoda*. Blog [28.10.2013]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/1002/dotaznik-jako-pruzkumna-metoda>
23. SYSEL Jiří. *Historie a současné řízení kvality*. Česká společnost pro jakost [18.3.2014]. Dostupné z: <http://www.citellus.cz/Akademie/Prednasky/Koncepce-rizeni-kvality-a-cestovni-ruch/4-Historie-a-soucasne-koncepce-rizeni-kvality>
24. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Závislost náhodných veličin. UPOL [8. 4. 2014]. Dostupné z: [http://geography.upol.cz/soubory/lide/kladivo/STG/Inovovane%20materialy/9\\_Korelace\\_regrese.pdf](http://geography.upol.cz/soubory/lide/kladivo/STG/Inovovane%20materialy/9_Korelace_regrese.pdf)
25. VETERINÁRNÍ A FARMACEUTICKÁ UNIVERZITA BRNO. *Statistika a výpočetní technika*. VFU [30. 3. 2014]. Dostupné z: <http://cit.vfu.cz/statpotr/POTR/Teorie/Predn2/odhady.htm>

## Seznam zkratek

a.s.	akciová společnost
ČR	Česká republika
ČSN EN ISO	evropská norma převzatá do národního systému norem ČR
ČSNI	Český normalizační institut
ČSÚ	Český statistický úřad
DRG	Diagnosis Related Group = „skupiny vztažené k diagnóze“
EHS	Evropské hospodářské společenství
EKG	ElektroKardioGraf
EU	Evropská unie
HCI	Health Care Institute
ISO	International Organization for Standardization
LSL	Lower Specification Limit
MHD	městská hromadná doprava
o.p.s.	obecně prospěšná společnost
PDCA	plan-do-check-act
PR	public relations
s.r.o.	společnost s ručením omezeným
SAK	Spojená akreditační komise
TQM	Total Quality Management
TRN	oddělení tuberkulózy a respiračních nemocí
USL	Upper Specification Limit
VZZ	výkaz zisku a ztráty

## Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Prohlašuji, že

- jsem byl seznámen s tím, že na mou diplomovou (bakalářskou) práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- беру на vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou (bakalářskou) práci užít (§ 35 odst.3);
- souhlasím s tím, že diplomová (bakalářská) práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové (bakalářské) práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové (bakalářské) práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, diplomovou (bakalářskou) práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 25. dubna 2014



Radim Fojtášek

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1:** Organizační schéma společnosti Nemocnice Val. Meziříčí k 31. 12. 2012

**Příloha č. 2:** Dotazník spokojenosti pro ambulantní pacienty 2014

**Příloha č. 3:** Přehled výsledků z dotazníkového šetření

**Příloha č. 4:** Četnost jednotlivých čekacích dob

**Příloha č. 5:** Histogram čekacích dob

**Příloha č. 6:** Pomocné statistické výpočty

**Příloha č. 7:** Výsledky hodnocení spokojenosti pacientů

**Příloha č. 8:** Výpočet míry důležitosti

**Příloha č. 9:** Důležitost váhy jednotlivých zákazníků

**Příloha č. 10:** Analýza závislosti dvou kategoriálních veličin